



CEVES
CENTAR ZA VISOKE
EKONOMSKE STUDIJE
CENTER FOR ADVANCED
ECONOMIC STUDIES



FONDACIJA ZA OTVORENO DRUŠTVO, SRBIJA
OPEN SOCIETY FOUNDATION, SERBIA

Kakvo nam je zdravlje?

Sistem indikatora za društveni dijalog o zdravlju i zdravstvenom sistemu Srbije

Beograd, jun 2017. godine

Ovaj izveštaj je rezultat projekta „Merenje efektivnosti sistema zdravstva u Srbiji” koji je sproveo Centar za visoke ekonomske studije, a podržala Fondacija za otvoreno društvo Srbija.

Autori izveštaja su gospođa Kori Udovički (vođa tima), gospođa Marija Lukić (projektni menadžer) i istraživači Aleksandra Urošev, Vera Matijević, Sonja Kukić i Marko Drajić. Posebnu zahvalnost na recenziji i sugestijama dugujemo Prof. Dr. Vesni Bjegović-Mikanović, na sugestijama gospodinu Siniši Steviću, kao i na konsultacijama gospođi Ljiljani Pejin, gospodinu Dragomiru Marisavljeviću i gospodinu Ozrenu Tošiću. Takođe, zahvalnosti ide i učesnicima održane radionice (18.05.2017.) na kojoj je predstavljen nacrt Izveštaja i koji su svojim komentarima pomogli završnom oblikovanju rada.

Za sadržaj ovog izveštaja odgovorni su autori i on ne mora nužno odražavati stavove Fondacije za otvoreno društvo.

Sadržaj

Predgovor	5
1. Uvod i rezime	6
2. Merenje kvaliteta zdravlja: definicije i izazovi	9
3. Podaci – prikaz sistema koji prate zdravstvene indikatore	12
4. Ishodni indikatori	14
4.1. Krovni ishodni indikatori	15
4.1.1. Očekivano trajanje života	15
4.1.2. Godine izgubljenog života	17
4.1.3. Smrtnost majki	17
4.1.4. Smrtnost dece	18
4.1.5. Samoprocena	18
4.2. Specifični ishodni indikatori	23
5. Indikatori rizika po zdravlje	26
5.1. Udeo aktivnih pušača starijih od 15 godina	26
5.2. Konzumacija alkohola	27
5.3. Povišen krvni pritisak	27
5.4. Fizička aktivnost	28
5.5. Prekomerna telesna težina	28
5.6. Zagađenje vazduha	29
6. Procesni indikatori – kvalitet zdravstvene zaštite	32
6.1. Uporedni pokazatelji o kvalitetu zdravstvene zaštite	32
6.2. Dublji pogled u Batutove podatke	36
7. Struktura resursa: obim, raspored, dostupnost i način usmeravanja resursa	46
7.1. Obim resursa	46
7.2. Raspored resursa	48
7.3. Efikasnost upotrebe resursa	49
7.4. Dostupnost zaštite	50
7.5. Finansiranje sistema – raspoređivanje resursa: funkcionisanje i problemi	51
8. Zaključna razmatranja i odabir paketa indikatora	61
Literatura	66

Indeks skraćenica i stručnih termina

„European Core Health Indicators“ (ECHI)	11	Rak dojke	32
Indikatori bezbednosti pacijenata	33	Rak grlića materice	32
Bruto društveni proizvod (BDP)	9	Republički fond za zdravstveno osiguranje (RFZO)	8
Evropska asocijacija za slobodnu trgovinu (EFTA)	12	Sistem zdravstvene zaštite	8
Evropska komisija (EK)	11	Smrtnost dece mlađe od 5 godina života	17
Evropska unija (EU)	11	Smrtnost majki	16
Evropski zdravstveni potrošački indeks (European Health Consumer Index - EHCI)	11	Smrtnost od srčanog udara, odnosno moždanog udara u 30 dana nakon prijema u bolnicu	32
Indikator godina izgubljenog života (GIŽ)	15	Stopa ispravljive smrtnosti	31
Insitut za javno zdravlje Srbije „dr Milan Jovanović Batut“ (Batut).	12	Stopa sprečive smrtnosti	31
Konzumiranje alkohola	25	Studija „Pogled na Zdravlje“ Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (Health at a Glance, OECD)	12
Nedovoljna fizička aktivnost	25	Svetska zdravstvena organizacija (SZO).	11
Neonatalna smrtnost	16	Udeo aktivnih pušača starijih od 15 godina	24
Nepotrebne hospitalizacije	31	Udeo kasno-dijagnostifikovanog HIV-a	34
Nove dijagnoze multirezistentne tuberkuloze	34	Vakcinacija dece protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja (DPT) i protiv malih boginja	33
Očekivano trajanje života (OTŽ)	14	Zagađenje vazduha	26
Prekomerna telesna težina	26	Zdravlje	7
Propisivanja antibiotika	32	Zdravstveni sistem	7
Projekat Globalnog opterećenja bolestima (Global Burden of Disease - GBD).	12		
Rak debelog creva	32		

Predgovor

Ovo istraživanje prvi je korak u programu Centra za visoke ekonomske studije (CEVES) čiji je cilj jačanje sposobnosti srpskog društva da odlučuje o svojim ciljevima i prioritetima i da zahteva od vlasti da mu polaže račune za njene konkretne rezultate. U centru tog napora je razvijanje alata - paketa lako dostupnih, razumljivih i objektivno merljivih pokazatelja, pomoću kojih će društvo moći da ocenjuje rezultate i kvalitet vladanja u oblastima javnog delovanja koje se na snažan i praktičan način tiču građana. Namera nam je da podstaknemo proizvodnju serije dokumenata sličnih ovome, koji će da budu kako podsticaj za dijalog o tome kakvo smo društvo u odnosu na ono što želimo i realno možemo da postignemo, tako i sredstvo za dijalog i usmeravanje javnih politika.

Počinjemo od oblasti zdravlja jer zdravlje jednog društva jasno i merljivo odražava ne samo zdravstveno već i njegovo opšte ekonomsko i socijalno stanje. Takođe, smatramo da su strateško upravljanje javnom politikom i samopoznavanje srpskog društva u pogledu zdravlja na iznenađujuće niskom nivou s obzirom na to koliko su građani Srbije zainteresovani za temu zdravlja. Konačno, zdravlje je naročito pogodno za razvijanje alata – paketa nespornih pokazatelja, kakvom težimo u svakoj oblasti.

Nema uspešnog demokratskog društva bez živog dijaloga o tome šta je građanima potrebno i šta je stvarno moguće, bez slobode i mogućnosti da zainteresovane strane stave svoje teme u žižu javnosti. Ponekad je reč o uskim zainteresovanim grupama, a često o najširim krugovima korisnika javnih usluga - čak svim građanima. Ali mora biti načina da svi oni u međusobnoj saradnji i suparništvu učestvuju, zajedno sa stručnim krugovima i sa vlašću, u traganju za odgovorima kako da se dođe do željenih rezultata. Takav dijalog razlikuje se po ključnim akterima i jeziku u zavisnosti da li se on vodi u stručnim krugovima, u političkim kampanjama, sa odgovornima u državi i vlasti ili u javnosti/medijima. Ipak, svi ovi domeni moraju da pretresaju iste najbitnije teme, a u svakom domenu ključni akteri moraju da nađu načina da izlaze i uključuju se u javnost.

Bez dijaloga i adekvatnog nadzora i pritiska društva, državne strukture i politike u Srbiji danas prevashodno su usmerene na ono što zaposleni u javnom sektoru umeju da rade (nasleđeno iz prošlosti) ili ono što ekonomski centri moći (javna preduzeća ili veći privrednici) iz nje iznude. S jedne strane, pružaoci javnih usluga (sindikati, profesionalne asocijacije) daleko su bolje organizovani od korisnika javnih usluga (npr. roditelj ili korisnik opšte zdravstvene zaštite), kao što su i veliki centri ekonomske moći (javna preduzeća, najkrupniji privrednici) daleko uticajniji od malih i srednjih preduzeća i poljoprivrednika (iako ovi drugi zapravo nose značajan deo ne samo srpske privrede, već i građanstva). S druge strane, javne politike u relevantnim, životnim, praktičnim pitanjima skoro su odsutne iz javnog diskursa. Populistički mediji nemaju ni interesa ni sposobnosti da se njima bave. Na kraju se kao korektiv ovim pritiscima više pojavljuje međunarodna zajednica, nego srpska javnost. Konačno, i naučna zajednica bavi se više onim što ume da radi (opet, nasleđeno iz prošlosti) nego onim što je danas najrelevantnije za građane Srbije.

Razumljivi, razumljivim jezikom saopštavani i lako dostupni alati o životno bitnim temama, u tom kontekstu mogu da odigraju važnu ulogu - lakše će se probiti u javni diskurs. Ako se zasnivaju na nespornim činjenicama - mogu i pomoći da se u podeljenom srpskom društvu gradi konsenzus. Ako su pokazatelji hijerarhijski dobro organizovani i konkretni, mogu neposredno poslužiti kao alat za polaganje računa od strane vlasti. Pri tome, nastojimo da kod problema i prepreka za ostvarenje društvenih ciljeva zastanemo na nivou pokazatelja „šta smeta“, „šta ne funkcioniše“, „koje su najbolnije tačke“ i da budemo u stanju da pratimo da li se problemi otklanjaju. Mi želimo da podstaknemo dijalog o javnim politikama, ali u ovom dokumentu ne zalazimo u pitanja javnih politika- kako da se stanje popravlja/problem otklanja. Dijalog o javnim politikama po svojoj prirodi je ideološki zasnovan, i može biti konfliktan. Da bi bio produktivan,

mora se prethodno uspostaviti razumevanje – zajednički teren, merila, sposobnost za konsenzus o tome da li nešto daje, ili ne daje, rezultata.

Manje je važno koje je mačka boje – za sada merimo koliko ona hvata miševa.

„Javno zdravlje je nauka i umetnost unapređenja zdravlja, prevencije bolesti i produžavanja života putem organizovanih napora društva.“

- Donald Acheson, 1988

1. Uvod i rezime

Cilj ovog istraživanja je **da razvije paket pokazatelja o kvalitetu zdravlja** u Srbiji pomoću kojeg će javnost biti u mogućnosti da na osnovu neposredno dostupnih podataka, pouzdano, a ipak na način jednostavan za komunikaciju i tumačenje, prati i „grubo ocenjuje“ rezultate javne politike u ovoj oblasti. Pod „kvalitetom zdravlja“ ovde podrazumevamo kako zdravstveno stanje građana, tako i kvalitet zdravstvenog sistema (ova i druge definicije date su u metodološkim razmatranjima u narednom poglavlju). Cilj nam je da podignemo svest o stanju i prioritetima u zdravlju, ukažemo da je u Srbiji moguće bitno unapređenje zdravlja i u okvirima postojećih sredstava, i da pokrenemo dijalog o javnim politikama kojima se to može postići. Kako pokazatelji, tako i dijalog, nužna su pretpostavka da bi se u društvu otvorila relevantna pitanja, ekspertska istraživanja usmerila u pravcu najakutnijih teškoća, a vlast „zadužila“ za rešenja. Svaka strana u dijalogu mora da preuzme svoj deo odgovornosti za rezultate. U slučaju građana, to je da razumeju osnovne mogućnosti i ograničenja, i od vlasti traže polaganje računa. U tom cilju, gde god smatramo da za to imamo dovoljno materijala, uz analizu pokazatelja, ukazujemo i na nesporna pitanja koja se otvaraju.

Da je **takav paket pokazatelja neophodan Srbiji** jasno se pokazalo, na primer, kada su nedavna merenja Evropskog zdravstvenog potrošačkog indeksa (*European Health Consumer Index – EHCI*)¹ izazvala nedoumicu koja je ostala bez odgovora u javnosti. Indeks pokazuje da je poslednje 3 godine postignut tako značajan napredak u kvalitetu zdravstvene zaštite u Srbiji – da se njen rang pomerio sa 30. na 24. mesto na listi od 35 evropskih zemalja. Subjektivna ocena kvaliteta zdravstvene zaštite među građanima menja se od građana do građana, ali teško da bi se neki korisnik složio da je u kratkom periodu postignut takav napredak.

Koja slika je tačna? Da li je tačna slika napretka koji pokazuje EHCI, dok je negativniji subjektivan doživljaj samo posledica, recimo nespremnosti da se prihvate nužna ograničenja koja nameću mere štednje? Ili indeks EHCI naglašava teme koje su za Srbiju manje važne? Ili se EHCI ipak zasniva na pogrešnim procenama? U 3. poglavlju objašnjavamo da je „izmereni“ napredak rezultat nekoliko ocena koje prosto nisu tačne.

Građani Srbije moraju da imaju verodostojan alat koji će im pomoći da steknu objektivniju sliku o kvalitetu zdravstvene zaštite, nego što je to njihov subjektivni doživljaj. Svakoj naciji, kao i svakom pojedincu, neophodno je da zna i prati kakvo joj/mu je zdravlje. Zdravstveno stanje važna je dimenzija opšteg blagostanja jednog društva, a i posledica njegovih ekonomskih ili socijalnih aspekata. Kao što se ljudi pod stresom ili u društvenoj izolaciji lakše razboleavaju od srećnijih ljudi, i funkcionisanje zdravstvenog sistema

¹ Evropski zdravstveni potrošački indeks (*European Health Consumer Index – EHCI*) predstavlja nezavisno praćenje sistema zdravstvene zaštite u 35 zemalja, sa stanovišta pacijenta i korisnika usluga. Ovo istraživanje sprovodi *Health Consumer Powerhouse Ltd.* (HCP). Izveštaj EHCI dostupan je na sajtu www.healthpowerhouse.com. EHCI se samo pojavljuje u predgovoru kao ilustracija. Sam izveštaj se ne bavi ovim indeksom ciljano, tj. po sebi, već samo u sklopu svih paketa indikatora. Izveštaj koji je pred vama nije odgovor na izveštaj o EHCI-ju, jer je ideja za projekat krenula i pre poslednjeg izveštaja na kom je Srbija istaknuta kao sistem koji je najviše napredovao u 2016. godini i koristimo ga samo kao ilustraciju kako se bez jasnih društvenih ciljeva i merila ostaje u nedoumici. Javnost ne može i ne treba da uzima ovakve vesti zdravo za gotovo, već kao društvo mora da ima ciljeve, tj. jasno formulisana očekivanja, i merila za procenu da li ih Srbija ispunjava.

takođe odražava šire „zdravlje“ javne uprave. Stoga, dijalog se tiče i njemu moraju doprineti predstavnici struke i vlasti tako i šira javnost.

U zdravstvenom sistemu se sredstva **rasipaju, a mogli bi se da se postižu mnogo bolji rezultati** kad bi ono bilo bolje organizovano. Za to je pre svega potrebna objektivna informacija, ali i da se delovi sistema uspostavljeni u prošlosti stave u funkciju. Nedopustivo je da su odgovorni u državi i javnost u Srbiji „u mraku“ kad je u pitanju najopštija ocena kvaliteta njenog zdravlja – a nažalost, za sada je tako. Ne postoji strategija unapređenja zdravlja u zemlji, niti je moguće jednostavno i neposredno (bez dodatnih složenih izračunavanja) videti napredovanje iz podatka o kvalitetu zdravlja u Srbiji (o tome detaljno govorimo u poglavlju 6). U tom kontekstu je **indikativan naš nalaz o slaboj upotrebljivosti brojnih podataka** o kvalitetu zdravstvene zaštite i nacionalnim zdravstvenim računima. Smatramo da je rad brojnih zaposlenih koji se njima bave obezvređen načinom i uslovima u kojima Institut za javno zdravlje Srbije „dr Milan Jovanović Batut“ (koji ćemo u daljem tekstu skraćeno zvati „Batut“) prikuplja ove podatke, i da je za promenu ovog sistema odgovorno Ministarstvo zdravlja, ali i da ono odražava dublje „loše navike“ u državnoj upravi Srbije.

Za početne korisne zaključke i otvaranje pitanja nije neophodna naučna analiza. Ovo je dobro informisano promišljanje i ukazivanje na nesporne činjenice i odnose, pre svega u poređenju sa drugim zemljama, ali i oslanjajući se na dobro poznavanje srpskog zdravstvenog sistema (detaljnije opisano u *Aneksu 1 – Sistem zdravstvene zaštite*). Usredsređujemo se na **pokazatelje dostupne u međunarodnom uporednom kontekstu** i ocenjujemo ih u poređenju sa izabranim evropskim zemljama. Polazimo od pretpostavki, bliže objašnjenih u metodološkim razmatranjima u sledećem poglavlju, da se dva sistema ne mogu porediti samo na osnovu njihovih zdravstvenih ishoda (npr. koliko se oboljeva, ili rano umire od datih bolesti), već se moraju uzeti u obzir i drugi aspekti sistema koji postavljaju objektivne mogućnosti i ograničenja. Prema tome, poređenja vršimo na osnovu onoga što očekujemo, gledajući performansu „sličnih“ zemalja, naročito bivših jugoslovenskih, ili proseka EU28 kao ono čemu stremimo.

Posle predstavljanja izvora podataka i organizacija koje ih sakupljaju u poglavlju 3, razmatranje počinjemo analizom 5 krovnih **ishodnih pokazatelja** kao i 10 najvećih uzroka godina izgubljenog života (GIŽ) i 10 uzroka u kojima prednjačimo (poglavljje 4). Krovni indikatori, kao što su očekivano trajanje života (OTŽ) i godine izgubljenog života, ukazuju na neočekivano lošu performansu Srbije. Tu relativno lošu performansu potvrđuju i nešto specifičniji indikatori koji neposrednije zavise od kvaliteta zdravstvene zaštite kao što su indikatori o maternalnoj smrtnosti (smrtnosti povezane sa materinstvom) i smrtnosti odojčadi i dece do 5 godina starosti. Dinamika OTŽ-a od 1990. godine do danas, po proceni projekta Opterećenja bolestima (*Global Burden of Disease – GBD*), opisanog u poglavlju 3, ukazuje na to da je do relativnog pogoršanja zdravstvene performanse u Srbiji došlo tokom 1990-tih godina. Od tad se nije oporavila u potpunosti, ali je posle ranih 2000-tih do danas produžavanje OTŽ-a uglavnom držalo korak sa posmatranim evropskim zemljama. Poređenje GIŽ-a po osnovu specifičnih uzroka smrtnosti sa podacima za sve zemlje komparatore, ukazuje na to da struktura obolevanja u Srbiji ne odskoče od one u drugim zemljama, već da povećanom gubljenju godina života doprinosi velika većina oboljenja. Najviše odskoču cerebrovaskularna oboljenja i dijabetes u doprinosu broju GIŽ, a po dobroj performansi izdvajaju se smrti povezane sa alkoholizmom i zloupotrebom droga. Zanimljivo je da su Srbija i druge bivše jugoslovenske zemlje (osim donekle Slovenije) slične po ovim relativnim karakteristikama, ali da je performansa Srbije ipak po svakom od najgorih uzroka smrtnosti lošija.

U poglavlju 5 prikazujemo raspoložive pokazatelje uporedno za grupu zemalja za promenljive determinante nacije koje utiču na zdravlje, tzv. **okruženje/faktore rizika**. Pored onih povezanih sa društveno-ekonomskim razvojem (koji ne analiziramo eksplicitno) to su kulturološke i druge navike za koje pronalazimo 6 indikatora. Srbija odskaka po niskom nivou fizičke aktivnosti svojih građana, kao i po velikom udelu pušački aktivnog stanovništva. Ipak, smatramo da među ovim pokazateljima ne pronalazimo objašnjenje za tako dosledno slabiju performansu Srbije u odnosu na sve druge bivše jugoslovenske zemlje.

U poglavlju 6 usredsređujemo se na **pokazatelje procesa** – koliko se uspešno i kako sprečavaju i leče bolesti (preventivnim delovanjem) – koji najneposrednije ukazuju na kvalitet zdravstvene zaštite u zemlji. U ovom pogledu je analiza, nažalost, ograničena zbog nedostatka pouzdanih podataka, te se usredsređuje na pokazatelje o smrtnosti (sa izuzetkom vakcinacija i infektivnih bolesti o kojima brine SZO). Činjenica da se tako slabo prate podaci o kvalitetu zaštite – uključujući prevenciju, kao i da Srbija ima izrazito visoke stope smrtnosti od bolesti kao što su rak grlića materice i dojke, ukazuje na to da postoji problem u kvalitetu zdravstvene zaštite koji ne proističe iz ograničenih mogućnosti. U ovom poglavlju posebno razmatramo probleme sa prikupljanjem podataka o kvalitetu zdravstvene zaštite, jer su važni sami po sebi i kao studija slučaja o funkcionisanju šireg sistema.

U poglavlju 7 o **resursima kojima sistem zdravstvene zaštite raspolaže**, pronalazimo nesumnjive dokaze da su oni neefikasno raspoređeni kao i da je dostupnost zdravstvene zaštite u Srbiji daleko manje ujednačena od onoga što nam je proklamovani društveni cilj. Pronalazimo da su sama opremljenost resursima (npr. broj lekara po stanovniku, broj bolničkih postelja) i godišnje trošenje na zdravstvo iz javnih i privatnih sredstava (tzv. trošenje „iz džepa“, gledano u procentu od BDP-a, ili u dolarima kupovne moći) vrlo značajni i jasno iznad komparativnih očekivanja, a samim tim i relativnog nivoa rezultata. Kakvi god da su objektivni izazovi sa kojima se suočava zdravstveni sistem Srbije, nema sumnje da alokacija sredstava nije usmerena nekim ciljanim procesom koji bi maksimirao rezultate, već inercijom najverovatnije dopunjeno kratkoročnim, kako stručnim, tako i političkim, kriterijumima. To se naročito odražava u neujednačenom teritorijalnom rasporedu resursa. Detaljnije analiziramo broj ginekologa i pedijatarata prema broju korisnika – i vidimo da se javni sektor sam ne pridržava sopstvenih kriterijuma njihove alokacije. U analizi finansiranja sistema zdravstvene zaštite nalazimo jasne dokaze da je sistem prosto – neuređen. Javni sektor je vođen kao da privatni ne postoji, a zapravo se privatni razvija kao *ad hoc* dopuna i kompenzacija za njegove nedostatke. O tome naročito jasno govori izuzetno visoka stopa trošenja „iz džepa“ građana na zdravstvene usluge. Verujemo i da su visoka plaćanja iz „džepa“ građana jedan od ključnih razloga za visoku stopu nezadovoljenih medicinskih potreba koje građani prijavljuju, kao i visoke razlike u istoj između građana sa najvišim i najnižim primanjima.

U zaključnim razmatranjima (poglavlje 8) iznosimo mogućnost da je loša performansa zdravstvenog sistema Srbije u izvesnoj meri i posledica njenih demografskih i razvojnih karakteristika, ali svakako smo stali da zdravstveni sistem Srbije pati od opšte neuređenosti i odsustva ciljanog upravljanja njime. **Stoga paket koji predlažemo sastoji se od dva nivoa indikatora. Krovna tri indikatora** su: brzina kojom se OTŽ produžava (u poređenju sa EU28), rast troškova iz džepa građana za zdravstvene usluge (koji ne sme da bude brži od rasta BDP-a), i procenat građana koji prijavljuju nezadovoljene medicinske potrebe u anketi o prihodima i uslovima života (*SILC anketa*). Na drugom nivou su **korpe indikatora koje se usredsređuju na rizike, procese i raspored resursa**. Inovativno je to što u korpi indikatora o resursima usredsređujemo pažnju na to kolika je raspršenost/neujednačenost u rasporedu lekara u odnosu na proseku Srbije. U ovoj korpi sad ima samo malo pokazatelja, ali bi se daljim angažovanjem stručne javnosti oni mogli proširiti i još bolje naciljati.

Smatramo da je ovo paket pomoću kog CEVES ili bilo ko drugi može lako pratiti napredovanje kvaliteta zdravlja Srbije u budućnosti. Takođe, odgovornima u državi dajemo **preporuke** za unapređenje kvaliteta podataka pomoću kojih se u Srbiji zvanično prati kvalitet zdravstvene zaštite. Nekim od tih mera bi se vrlo lako i vrlo brzo značajno popravila obaveštenost javnosti i donosilaca odluka. Nadalje, pozivamo odgovorne u državi da pokrenu dijalog, kao i stručnu i širu javnost, i zainteresovane strane da se u njega uključe – o strategiji za unapređenje zdravlja u Srbiji, kao i o specifičnom paketu mera kojim bi se sistem bolje uredio.

2. Merenje kvaliteta zdravlja: definicije i izazovi

Kao što je objašnjeno u Uvodu, cilj ovog istraživanja je da pokrene dijalog o javnim politikama u zdravstvenom sektoru Srbije tako što će se predložiti paket pokazatelja za merenje njegovog kvaliteta i pružiti podlogu za njegovo praćenje u budućnosti. Dobar paket pokazatelja, pored toga što želimo da bude jednostavan za komunikaciju u javnosti i prilagođen karakteristikama srpskog zdravstvenog sistema, mora da se oslanja na razumevanje osnovnih odnosa među elementima jednog tako složenog sistema, i da omogućuje ocenjivanje u odnosu na realno postavljena očekivanja, tj. da se oslanja na svest o tome šta je moguće.

Zdravlje u ovom tekstu koristimo u širem značenju koje uključuje kako zdravstveno stanje građana tako i zdravstveni sistem. *Zdravstveni sistem* označava sve ono čime se kroz javne politike deluje na zdravstveno stanje građana: u najvećoj meri to je delovanje kroz sistem zdravstvene zaštite, ali ono obuhvata i delovanje drugih sektora javne politike u meri u kojoj oni deluju na zdravlje građana. *Sistem zdravstvene zaštite* je uži pojam, kojeg čine sve javne i privatne delatnosti čiji je *primarni cilj* unapređenje zdravlja građana. Zdravstvena zaštita je u nadležnosti Ministarstva zdravlja i čine je kako delovanje samog Ministarstva zdravlja i institucija u njegovoj nadležnosti – zdravstvenih ustanova (domova zdravlja, bolnica i slično), tako i pravila i procedure po kojima svi oni postupaju.² Sistem zdravstvene zaštite u neformalnom govoru obično se kraće naziva „zdravstvo“ i taj termin ćemo jednako koristiti u ovom tekstu. Primeri delovanja sistema zdravstvene zaštite su: kad se neko leči u domu zdravlja ili u privatnoj ordinaciji; kad Batut prikuplja podatke od zdravstvenih ustanova i bolnica; lista lekova čiju upotrebu Republički fond zdravstvene zaštite (RFZO) refundira. Primeri delovanja institucija unutar zdravstvenog sistema, a koje *nisu* deo sistema zdravstvene zaštite jesu rad medicinskih fakulteta (potpadaju pod prosvetu) ili rad službi socijalne zaštite (potpadaju pod socijalnu zaštitu). Zdravstveni sistem je na delu i kad se u školama drže časovi fizičkog obrazovanja – jer od toga koliko je tih časova i kako se oni izvode, zavisi zdravlje dece.

U prvi mah je jasno na šta se misli kad se kaže da je kvalitet nekog sistema dobar ili loš. Međutim, istinsko merenje kvaliteta je vrlo složeno pitanje. *Kvalitet* nekog sistema govori o tome koliko on postiže svoje ciljeve – tj. da li su ishodi njegovog delovanja usklađeni sa ciljevima s obzirom na okruženje/rizike u okviru kojih deluje (učinkovitost, odnosno efektivnost sistema) i s obzirom na resurse sa kojima raspolaže (delotvornost, odnosno efikasnost). Drugim rečima, ako se bolji rezultati postignu zahvaljujući većem ulaganju sredstava, ne može se reći da je poboljšan kvalitet sistema, kao što se to ne može reći ni ako su oni rezultat manjih rizika.

Najpre, „**bolje**“ ili „**gore**“ **podrazumeva poređenje po jednoj dimenziji**, a zdravstveni sistem proizvodi mnoštvo ishoda – smrtnost u različitim životnim dobima, više ili manje obolevanja od različitih bolesti i sl. Mora postojati prioritizacija ciljeva kako bi se mogla vršiti poređenja, a i kako bi se usredsredile aktivnosti

² Zakon o zdravstvenoj zaštiti definiše je kao „organizovanu i sveobuhvatnu delatnost društva sa osnovnim ciljem da se ostvari najviši mogući nivo očuvanja zdravlja građana i porodice. Zdravstvena zaštita, u smislu ovog zakona, obuhvata sprovođenje mera za očuvanje i unapređenje zdravlja građana, sprečavanje, suzbijanje i rano otkrivanje bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja i blagovremeno i efikasno lečenje i rehabilitaciju“.

sistema. Uzmimo primer sporta – ako zemlja A ima najbolje ragbi igrače, a zemlja B ima najbolje fudbalere, koja zemlja ima bolji sportski sistem? Slično i u zdravstvu- ako je u zemlji A smrtnost usled cerebrovaskularnih uzroka veća nego u zemlji B, a u zemlji B je smrtnost usled malignih oboljenja veća – koja ima kvalitetniji zdravstveni sistem? Još je etički teže pitanje – ako u zemlji A svi ljudi žive do 75 godina starosti, a u zemlji B neki umiru mlađi a neki stariji, ali je u proseku očekivano trajanje života takođe 75 godina – koja ima kvalitetniji zdravstveni sistem?

Normalno je da se rezultati politika vrednuju u odnosu na postavljene ciljeve – nekim zemljama je važnije da pobjede u fudbalu a nekima u ragbiju. Ne mogu se visoki rezultati postizati u svemu – pa šta ako neko ne postiže visoke rezultate, ukoliko mu do toga nije ni stalo? **Nažalost, Srbija nema važeću zdravstvenu strategiju niti jasno određene prioritete u zdravstvenim politikama pa se na takvu prioritizaciju ne možemo osloniti. Ipak, s obzirom na ograničene podatke na koje ćemo se oslanjati, naše merenje će se uglavnom odnositi na smrtnost i polazićemo od jednostavnog prioriteta da stremimo povećanju očekivanog trajanja kvalitetnog života.**

Takođe važnu ulogu u našem vrednovanju igra polazište da je pravo na zdravlje i jednaku zaštitu osnovno ljudsko pravo i stoga **vrednujemo jednakost u dostupnosti zdravstvene zaštite**. Dakle, više vrednujemo kvalitet politike u zemlji A – u kojoj je dato očekivano trajanje života pokazatelj toga da tu dob doživljava velika većina građana, nego zemlju B u kojoj se ono postiže usled toga što pojedini (dobrostojeći) građani žive znatno duže, a drugi, siromašni – kraće.³ Krajnji ishod ovog stava je da različita finansijska moć pojedinca ne sme da utiče na kvalitet zdravstvene zaštite koju on/ona dobija. Takva jednakost naravno nikad nije potpuna, a u društvu koje se urušilo kao naše, nažalost, neizbežne su i veće razlike u kvalitetu zdravstvene zaštite među pojedincima. Te razlike ne mogu da se otklone „preko noći“, ali mora da se postavi pitanje da li se te razlike povećavaju – šire (sve više aspekata zaštite se razlikuje) i produbljuju (sve veće su razlike po aspektu) – ili se smanjuju. Smatramo da kao društvo treba da nastojimo i da se te razlike pojavljuju samo na nivou marginalnih privilegija, a ne na nivou veće verovatnoće da kod siromašnih dolazi do obolevanja, prevremene smrti ili nesposobnosti usled bolesti.

Dalje, bilo koji rezultat mora se vrednovati u odnosu na **ono što je moguće**. To zavisi od:

- **faktora okruženja/rizika** koji su po pravilu teško promenljivi.
 - Oni su u najvećoj meri određeni običajima i kulturom i društveno-ekonomskim karakteristikama i razvojem. Na primer, Japanci često jedu ribu, a naši ljudi često svinjetinu. Moguće je i potrebno menjati i takve kulturološke navike, ali možemo očekivati da neki aspekti takvih promena mogu teći vrlo sporo i da čak nikad neće postići željeni nivo. (Na primer, u Japanu je kvalitetna morska riba dostupnija nego u Srbiji, te je za očekivanje da će se trajno više i trošiti.) Takođe, jasno je da izazovi i mogućnosti s kojima se suočavaju sistemi zdravstvene zaštite u više ili manje razvijenim zemljama nisu isti. Razvijenije zemlje imaju i obrazovanje i informisanije stanovništvo kojem su zdravlje ishrana i navike u mnogim (ne svim) aspektima dostupniji i koji će ranije i potražiti zdravstvenu zaštitu. (To što je u manje razvijenoj zemlji, tj. zemlji sa manje resursa, zdravstvena zaštita manje dostupna, to nije stvar okruženja već je pitanje njegovog kvaliteta i resursa.)
 - Bitna karakteristika okruženja je demografska, starosna i polna struktura stanovništva. Starije stanovništvo ima, naravno, veću stopu smrtnosti i obolevanja od različitih bolesti, kao

³ Time što oni koji neće da čekaju po redovima, ili žele da imaju privatnu sobu, a mogu da plate, plaćaju za celokupno svoje zdravlje privatnim pružaocima usluga, „skidaju se sa vrata“ državnog sistema. To implicira bar da mora biti univerzalnog zdravstvenog osiguranja. Može biti privatnih pružaoca usluga – iz mnogo razloga koje ovde nećemo diskutovati smatramo da je to poželjno – ali mi polazimo od toga da nema moralnog opravdanja da se na osnovu veće kupovne moći građanina za njega obezbeđuje i bolja zdravstvena zaštita.

što i svaki od polova ima drugačiju strukturu obolevanja pa i očekivano trajanje života. Ove razlike se u pokazateljima normalizuju postupcima standardizacije, inače poređenja između zemalja ne bi imala smisla, ali takve procene se mogu međusobno razlikovati.

- **ukupnih resursa/ulaganja** u zdravstvo. Čak i ako su rezultati dve zemlje u sportu identični, možemo li smatrati da su im sportski sistemi jednako kvalitetni, ako jedna ima 100 miliona, a druga 10 miliona stanovnika (uz proporcionalno ulaganje u sport)?
- **od napretka medicine.** U svakom trenutku menjaju se znanje, tehnologija i mogućnosti koje su na raspolaganju, pa prema tome i očekivani rezultati. Svake godine produžava se očekivano trajanje života i u najrazvijenijim zemljama na svetu. Striktno govoreći, medicinska znanja mogu se smatrati resursom koji zemlje nasleđuju i razvijaju – neke tako što pomeraju granice znanja čovečanstva, a druge tako što uče od njih.

U odsustvu razrađenih ciljeva zdravstvene politike, **merila su** nam performanse drugih zemalja. **Očekivanje** nam je da performanse Srbije budu slične prosečnim performansama zemalja na sličnom nivou društveno-ekonomskog razvoja i sličnim kulturno-geografskim nasleđem i ekonomskim okruženjem jer kao što je gore rečeno, to su faktori koji određuju ono što je moguće. Uobičajeno je da se društveno-ekonomski razvoj poistovećuje sa bruto društvenim proizvodom (BDP) po glavi stanovnika, međutim, mi *a priori* očekujemo da su faktori okruženja vezani za društveno-ekonomski razvoj na višem relativnom nivou od BDP-a po glavi stanovnika. Jugoslavija je ozbiljno ulagala u razvoj sistema zdravstvene zaštite i medicinska znanja i imala visoka postignuća u toj oblasti za zemlju svog nivoa razvoja. Ta ulaganja i znanja nisu se mogla jednako naglo i duboko urušiti kao BDP po glavi stanovnika. Očekujemo da je i dan danas medicinsko znanje u Srbiji, kao i drugi aspekti okruženja koji se dovode u vezu sa BDP-om po glavi stanovnika, iznad njegovog nivoa. Konačno, na naša očekivanja utiče i ono što smatramo „istorijskim nasleđem“ – dobre i loše strane zdravstvenog sistema ugrađenog u širi specifični jugoslovenski administrativni sistem – koji je karakteristika i dalje skoro svih bivših jugoslovenskih zemalja. Zbog toga je za nas Evropa relevantan region, a naročito zemlje bivše Jugoslavije, pri čemu očekujemo da se naše performanse nalaze u sredini, između razvijenijih (Slovenija i Hrvatska) i manje razvijenih zemalja (BiH, Crna Gora i Makedonija).

Sva poređenja u meri u kojoj možemo da dobijemo podatke radimo sa zemljama koje nam je projekat „Globalnog opterećenja bolestima (*Global Burden of Disease - GBD*) ponudio kao merilo (*GBD korpom*⁴) dopunjeno sa nedostajućim bivšim jugoslovenskim zemljama i članicama EU. Naime, GBD u svojim profilima za svaku zemlju upoređuje nju sa izabranom grupom zemalja i prosekom te grupe. Grupa zemalja je izabrana na osnovu GBD-a regionalne klasifikacije, poznatih trgovinskih partnerstava i klasifikacije razvijenosti mereno po BDP-u po glavi stanovnika. Albaniju isključujemo pošto je u okviru indikatora u bazi Svetske zdravstvene organizacije naznačeno da je izveštavanje o smrtnosti u Albaniji neizvesno/značajno potcenjeno što iskrivljuje podatke.

Analize radimo na osnovu sledećih pretpostavki:

Za nivo performansi očekujemo:

- (1) da zemlje bivše Jugoslavije budu u proseku slične Srbiji, a u okviru njih relativna performansa u liniji sa BDP-om po glavi stanovnika pošto su i one pretrpele njegovo urušavanje: Slovenija i Hrvatska kao očekivano bolje, Bosna i Hercegovina (BiH), Makedonija i Crna Gora kao očekivano gore.
- (2) da u *GBD korpi*, pošto je ponuđena od strane sistema po automatizovanoj formuli, Srbija se nalazi u okvirima prosečnog raspona.

⁴ Tu spadaju sledeće zemlje: Albanija, Jermenija, Bosna i Hercegovina, Bugarska, Hrvatska, Češka, Estonija, Francuska, Nemačka, Mađarska, Italija, Letonija, Norveška, Poljska, Rumunija, Slovenija, Španija, Švajcarska i Velika Britanija.

- (3) da za EU28 očekujemo u proseku bolju performansu nego što Srbija prikazuje i da ih razmatramo kao standard kome ciljamo. Naročito za najrazvijenije zemlje, tj. stare članice EU, očekujemo da budu *aspiracija* za Srbiju.

Za **poboljšanje** u performansama očekujemo da je brže kod zemalja kod kojih su one po nivou niže jer postoji veći prostor, iskustvo, i mogućnosti ugledanja da se poboljšanje postigne.

3. Podaci – prikaz sistema koji prate zdravstvene indikatore

Indikatori⁵ o stanju zdravlja stanovništva i zdravstvenog sistema formiraju se na osnovu sirovih podataka i metodologije njihovog prikupljanja i obrade. *Pitanje kvaliteta osnovnih podataka* je jedno od važnijih prethodnih pitanja i važno je imati u vidu da su neki od njih pouzdaniji od drugih – uglavnom zato što ne predstavljaju kompleksan metodološki zadatak, već se prikupljaju u okviru bazičnih izvora podataka (npr. podaci o smrtnosti).

U ovom izveštaju identifikovali smo sledeće sisteme međunarodnog praćenja zdravstvenih pokazatelja u kojima se obrađuju i podaci za Srbiju:

- **Svetska zdravstvena organizacija (SZO)**. SZO, kao organizacija koja okuplja 193 zemlje, u nastojanju da unapredi zdravlje globalnog stanovništva i koordinira mere epidemiološke zaštite nesporni je autoritet i glavni izvor uporednih zdravstvenih podataka. Po obimu i uticaju, rad SZO-a u oblasti zdravstva prevazilazi sve druge ovde opisane organizacije, što se odnosi i na sistematizaciju i prikupljanje zdravstvenih podataka. Zato su za ovaj CEVES-ov rad podaci SZO-a najrelevantniji međunarodni izvor podataka. Koristili smo tri baze podataka SZO-a: (1) baza „*European Health for All Database*“ je najstarija SZO-ova baza podataka koja sadrži indikatore: stanje zdravlja stanovništva, faktore koji određuju stanje zdravlja, faktore zdravstvenog rizika i faktore finansijskih resursa i troškova zdravstvene zaštite; (2) baza „*Global Health Observatory*“ pruža osnovu za poređenje stope smrtnosti i gubitka zdravlja usled bolesti i povreda u svim delovima sveta. Podaci ove baze su formirani kako su ih pojedine države članice dostavljale SZO-u; i (3) „*Mortality Database*“ je izvor različitih podataka o smrtnosti, po godinama, polu i uzroku smrti.
- „**European Core Health Indicators**“ (ECHI). ECHI je projekat Evropske komisije (EK) i posmatra pre svega različite sfere života stanovnika Evrope, a podaci su grupisani po više deobnih kriterijuma: urbano/ruralno stanovništvo, mladi/stari. ECHI klasifikuje svoje indikatore u grupe: demografski i socio-ekonomski indikatori, indikatori stanja zdravlja stanovništva, indikatori faktora koji utiču na stanje zdravlja, indikatori kvaliteta zdravstvenih usluga i indikatori uspešne promocije zdravijeg životnog stila. ECHI baza sadrži neke podatke za Srbiju preuzete od SZO-a, ali pošto svojim ciljanim istraživanjima ne pokriva Srbiju (već samo članice Evropske unije), nema dodatnu vrednost za ovo istraživanje.
- **Evropski zdravstveni potrošački indeks** (*European Health Consumer Index - EHCI*). EHCI je razvijen pod okriljem agencije „*Health Consumer Powerhouse Ltd*“ kao nezavisno praćenje zdravstvenih sistema 35 evropskih zemalja, čiji se rezultati danas izveštavaju Evropskom parlamentu. Za razliku od ostalih ovde citiranih izvora, ovde nije reč samo o skupu uporednih pokazatelja, već se oni zbrajaju u jedinstveni indeks koji omogućava rangiranje zemalja po svojim performansama. Pored oslanjanja na druge ovde opisane izvore, ova organizacija generiše i određene

⁵ Svetska zdravstvena organizacija je definisala pojam “indikatora” kao kvantitativnu ili kvalitativnu varijablu koja omogućava verifikaciju promena, odnosno promenljivu koja pomaže da se mere promene direktno ili indirektno. Izvor: WHO, Glossary of Humanitarian Terms. Geneva: ReliefWeb 2008. <http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>

podatke kroz ankete i intervjuje. Kao što njegov naslov naglašava, ovaj izvor posmatra zdravstveni sistem iz ugla korisnika kao potrošača. Prava i informisanost pacijenata, dostupnost zdravstvene zaštite (uključujući vreme čekanja), opseg i domet zaštite imaju veću težinu od zdravstvenih ishoda i mera prevencije. Autori objašnjavaju da zdravstveni ishodi nisu naglašeniji – npr. očekivano trajanje života uopšte nije uključeno – zbog toga što oni u dobroj meri zavise od faktora okruženja i životnog stila. Veliki broj posmatranih indikatora ocenjuje se godišnjim anketama građana.

Struktura ovog indeksa ne odgovara potrebama praćenja zdravstvenih politika u zemlji kao što je Srbija. Davanje male težine razlikama u ishodima može da bude opravdano u zemljama čije zdravstvo proizvodi rezultate koji su blizu granica tehničkih mogućnosti medicine, ali ne i tamo gde bi bolja organizacija rada i procedura mogla značajno da popravi iste. Na primer, raspon u očekivanom trajanju života u 2015. godini u najnaprednijim zemljama Evropske unije (EU) prostire se od 80.5 godina za Kipar, do 83 godina za Španiju. Moguće je da su u tim zemljama razlike u ishodima uglavnom uslovljene teško promenljivim faktorima i da su njihovi zdravstveni potrošači stoga zainteresovaniji za kvalitet mekših aspekata zaštite. Međutim, očekivano trajanje života u svim drugim zemljama koje posmatramo, uključujući i sve nove članice EU koje su prošle kroz tranziciju (izuzev Slovenije koja spada u prvu grupu) bitno je kraće, kreće se u širokom rasponu od 73.6 - 78.8. godina i očigledno nije određeno samo objektivnim faktorima. Za takve zemlje smatramo da ima smisla dati veću težinu ishodima sistema i procesima koji ih proizvode.

Kad je reč o performansi Srbije koja se pokazuje u ovom indeksu, ona, nažalost, nije verodostojna. Skok u 2016. godini od 116 (od mogućih 1000) bodova, čime se Srbija popela sa 30. u 2015. godini. na 24. mesto među 35 evropskih zemalja, izveštaj objašnjava time da je uvođenjem novog informacionog sistema u zdravstveni sistem Srbije poboljšana dostupnost zdravstvene zaštite, kao i smanjenje lista i vremena čekanja. Međutim, ako je napretka u dostupnosti zdravstvene zaštite i bilo, on svakako nije mogao biti izmeren onako kako to ovaj indeks čini. Na primer, indeks pronalazi da u Srbiji: postoji efektivno („*real time*“) onlajn zakazivanje lekarskih pregleda i da je ono široko rasprostranjeno; da je elektronsko propisivanje lekova u punoj meri funkcionalno širom zemlje; da su organizacije pacijenata uključene u donošenje odluka koliko i u Švedskoj; ili da u Srbiji postoji široko dostupan i prepoznat telefonski servis koji radi 24 sata, 7 dana u nedelji za savetovanje i kratka zdravstvena uputstva građanima (kao na primer, „hitno idite u urgentni centar“). Ocene svih ovih pitanja, kao i procene vremena čekanja na operativne/dijagnostičke procedure i preglede – u kojima je Srbija takođe pokazala poboljšane ocene u prethodne 2-3 godine – vrše se na osnovu intervjuja sa neidentifikovanim izveštačima.⁶

- **Projekat Globalnog opterećenja bolestima** (*Global Burden of Disease - GBD*). Projekat vodi Institut za zdravstvenu metrik i evaluaciju (IHME) u saradnji sa SZO-om uz oslanjanje na veliki broj saradnika. Pri tom, u velikoj meri koristi bazu podataka SZO-a kao i druge postojeće baze podataka i veliki broj posebnih studija. To omogućava istraživačima IHME-a da vrše korekciju gotovih podataka koje koriste. Cilj projekta je da u najvećoj mogućoj meri svede indikatore o zdravstvenom stanju, smrtnosti i obolevanju (odnosno smanjenoj radnoj sposobnosti zbog bolesti), na jednu i jednostavnu uporedivu meru – broj godina izgubljenog života. Podaci se izračunavaju za veliki broj zemalja, u dužim godišnjim serijama i za stotine uzroka smrtnosti i obolevanja. U ovom istraživanju koristimo samo podatke o godinama izgubljenog života, pošto smatramo da je rizično i vrlo složeno izvoditi zaključke na osnovu podataka o obolevanju stanovnika koji su svakako manje pouzdani od podataka o smrtnosti, a GBD nije radio posebno istraživanje za Srbiju od 2003. godine.

⁶ Nije sasvim jasno iz objašnjenja metodologije/dokumentacije da li je reč o anketama građana ili samo o intervjuisanju ciljanih individua i nema informacija o veličini uzorka (ako se radi anketiranje), niti identitetu ili kriterijumu po kom su birani izveštači. Takođe, dokumentacija rezultata predstavljena u *Excel* arhivama za svako od pitanja na sajtu *Health Consumer Powerhouse-a* uglavnom još nije ažurirana odgovorima za 2016.g. – tako da se detaljne informacije uglavnom završavaju sa 2015. godinom.

- **Studija „Pogled na Zdravlje“ Organizacije za ekonomsku saradnju i razvoj (Health at a Glance, OECD).** Ova studija predstavlja godišnji presek pokazatelja o zdravlju koji Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD) proizvodi na osnovu statističke baze podataka i indikatora koje održava za zemlje članice i koja, nažalost, uglavnom ne uključuje i Srbiju. Ova studija poredi zemlje članice OECD-a, zemlje kandidate EU i ključne zemlje nastajućih tržišta na osnovu zdravstvenog stanja stanovništva i efikasnosti zdravstvenog sistema. Za razliku od prethodnih godina, za 2016. godinu napravljen je izuzetak i u saradnji sa EK geografska pokrivenost je proširena na EU28, 5 zemalja kandidata za članstvo u EU i još 3 zemlje Evropske asocijacije za slobodnu trgovinu (EFTA). U ovoj studiji pored OECD-ove baze, koristi se baza Eurostata (statistička kancelarija Evropske komisije) koja za Srbiju preuzima podatke od Batuta.
- **Institut za javno zdravlje Srbije „dr Milan Jovanović Batut“ (Batut).** Batut predstavlja najveći sistem za prikupljanje podataka o zdravstvenom stanju stanovništva u Srbiji pored Republičkog zavoda za statistiku (RZS). Imajući u vidu mesto i značaj Batuta, on pored toga što prikuplja podatke zasnovane na međunarodnoj metodologiji, prikuplja i sistematizuje podatke na osnovu sopstvenih procena, uz uputstva Ministarstva zdravlja i drugih aktera u kreiranju zdravstvene politike Srbije. Batut je u velikoj meri transparentna organizacija, institucija koja se bavi celinom zdravstvenog sistema i to radi na sistematičan način. Međutim, nedostatak ljudskih i novčanih resursa ograničio je sistem na prikazivanje celine podataka. Za prioritizaciju podataka bilo bi potrebno da se uključe i druge zainteresovane strane (Ministarstvo zdravlja, Republički fond za zdravstveno osiguranje, komore zdravstvenih radnika, udruženja pacijenata i korisnika zdravstvene zaštite i građani u celini). Više o kvalitetu podataka koje proizvodi Batut se može videti u poglavlju 6.

Ključni međunarodni izvori na koje smo se u ovom radu oslonili prilikom posmatranja uporednih podataka su podaci iz „*European Health for all*“ baze, kao i podaci koje Batut prikuplja i koji su prikazani u bazi zdravstvenih pokazatelja u Republici Srbiji objavljenoj na sajtu Batuta i na osnovu *Pravilnika o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite u Izveštaju o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije*⁷.

Gore predstavljeni sistemi, „paketi“ indikatora, razlikuju se prema ciljevima, vrednostima i implicitnim očekivanjima na osnovu kojih se merenja vrše. Tako SZO, kao glavna globalna organizacija, veliku težinu daje oblastima koje pažnju posvećuju npr. zaraznim bolestima i neuhranjenosti koje za Evropu ipak nisu glavna tema. S druge strane, EHCI posvećuje vrlo malo prostora „tvrđim“ zdravstvenim ishodima, jer i njih uzima kao prevaziđene i nastoji da u centar pažnje postavi prava pacijenata. Dugoročni korisni efekat ovih „paketa“ indikatora jeste i da imaju uticaj na kreatora javnih politika, kako bi osigurali implementaciju i praćenje napretka. Posebno ovaj pristup postaje značajan pri naporima da se postigne implementacija ciljeva održivog razvoja do 2030. godine⁸.

U narednim poglavljima predstavljamo izabrane „pakete“ indikatora za koje smatramo da na celishodan način mogu pružiti sliku zdravstvenog sistema i delimo ih na: 1) ishodne indikatore 2) indikatore rizika po zdravlje ljudi; 3) procesne indikatore; i 4) resursne indikatore. Na početku svakog poglavlja *italikom* je dat rezime nalaza u okviru poglavlja.

4. Ishodni indikatori

⁷ IZJS. Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije 2015. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Izvestaj%20kvalitet%20rada%202017.pdf>

⁸ UN-DESA. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Dostupno na: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>

Indikatore zdravstvenog stanja stanovništva prikazujemo kroz pet krovnih indikatora kao i kroz jednu integrisanu analizu specifičnih uzroka smrtnosti. Među krovnim indikatorima⁹ prikazujemo:

- **očekivano trajanje života (OTŽ)**, najčešće upotrebljavan i najslikovitiji pokazatelj opšteg zdravstvenog stanja stanovništva jedne zemlje (jedini indikator za koji istražujemo ne samo komparativnu performansu, već i dinamiku od 1990. godine);
- **godine izgubljenog života (GIŽ)** koji se zasniva na istim informacijama o smrtnosti stanovništva ali nam omogućava nijansiranija poređenja;
- **maternalna smrtnost** (u daljem tekstu smrtnost majki) – specifični cilj u okviru zdravstvenog cilja održivog razvoja (Sustainable Development Goals – SDG);
- **smrtnost dece (novorođenčadi i do 5 navršениh godina života)** – specifični cilj u okviru zdravstvenog SDG-a;
- **samoprocenu zdravstvenog stanja stanovništva**, indikator koji daje informaciju o subjektivnom doživljaju zdravstvenog stanja;

Krovni ishodni indikatori nesumnjivo ukazuju na to da je stanje zdravlja u Srbiji ispod onog što bi se očekivalo na osnovu parametara koje smo naveli u drugom poglavlju. Srbija je sa jednim izuzetkom iza svih bivših jugoslovenskih zemalja po svakom indikatoru, a iza nje su između 4 i 8 od posmatranih zemalja, u zavisnosti od indikatora. Najčešće, Srbija je ispred Jermenije, Bugarske, Letonije, Litvanije i ponekad Rumunije. U Srbiji je relativna performansa kod oba pola slična (žene žive duže 5,5 godina, što je normalan raspon) i po performansi žena Srbija je ispred samo 4 zemlje. U uporednom kontekstu, ukupnu performansu Srbije „popravlja“ to što se većina zemalja na istoku Evrope, naročito bivšeg Sovjetskog Saveza, suočavaju sa problemom životnog stila muškaraca i zbog kojeg je njihov OTŽ izrazito kratak. Zanimljivo je da se po performansi OTŽ-a žena i muškaraca Srbija nalazi između Hrvatske i Slovenije, gde je nepovoljnija za muškarce i BiH koja je na proseku, dok je u Makedoniji i Crnoj Gori ona nepovoljnija za žene. OTŽ žena kod njih je kraće nego u Srbiji. Podaci o samoproceni dalje potvrđuju ovu sliku o opštem zaostajanju zdravlja za očekivanjima- u ovom slučaju konkretnim očekivanjima građana Srbije. Građani Srbije imaju najnegativnije viđenje svog opšteg zdravstvenog stanja (najviši udeo stanovništva koji smatra da je ono loše ili veoma loše među snimljenim evropskim zemljama!).

Indikacije o korenima problema dobijamo iz uporedne analize dinamike očekivanog trajanja života za zemlje bivše Jugoslavije, koja pokazuje da je Srbija 1990-tih izgubila korak sa drugim bivšim jugoslovenskim zemljama (osim Crne Gore) i to potom nije nadoknadila. Analiza GIŽ-a prema uzrocima smrtnosti potvrđuje naše očekivanje da su jake i slabe strane zdravstvene performanse bivših jugoslovenskih zemalja međusobno slične, bez obzira na ukupni kvalitet zaštite – što pak govori o tome da bi i moguća poboljšanja u kvalitetu zdravlja mogla da se bar u nekoj meri traže u nekim od zajedničkih aspekata zdravstvenog sistema. Naročito je zanimljivo da, iako su Crna Gora i Makedonija u većini slučajeva i po OTŽ-u i GIŽ-u ispred Srbije, one su pored Bugarske i Jermenije zemlje kod kojih je OTŽ žena kraće nego u Srbiji.

4.1. Krovni ishodni indikatori

4.1.1. Očekivano trajanje života

Očekivano trajanje života (OTŽ) je najpoznatiji i najilustrativniji među sveobuhvatnim pokazateljima zdravstvenog stanja jedne zemlje. Reč je o teorijskom očekivanju koje se izvodi svake godine pod

⁹ Svi ovi pokazatelji osim samoprocene zdravstvenog stanja zasnivaju se na podacima o smrtnosti, koji su najpouzdaniji među izvorima podataka.

pretpostavkom da se zapažena stopa smrtnosti u toj godini za svaku dob i pol neće promeniti u budućnosti.¹⁰ OTŽ se može računati za novorođenče („OTŽ pri rođenju“) ili za osobu koja je već dostigla neku starost (obično se prikazuje za 60. godinu života). Na osnovu procena SZO-a, OTŽ pri rođenju u Srbiji u 2015. godini iznosio je 75,6 godina i kraći je nego kod bilo koje druge bivše jugoslovenske zemlje – iza Srbije su samo Rumunija, Jermenija, Bugarska, Letonija i Litvanija¹¹ (*Grafikon 1*).

Odvojeno posmatranje OTŽ-a za žene i muškarce govori nam o suočavanju sa poznatim problemom stila života, naročito alkoholizma, kod muškaraca. Po OTŽ-u žena, Srbija je bolja od samo 4 zemlje (*Grafikon 1b*), dok je po OTŽ-u muškaraca bolja od čak 8 (*Grafikon 1c*). Ova razlika između OTŽ-a kod žena (78,4 godina) i muškaraca (74,9 godina) je u očekivanom rasponu: u poređenju sa prosekom za posmatrane zapadnoevropske zemlje, nešto bolja je performansa kod žena (kraći OTŽ za 5,5 naspram 6,5 godina). Ali u odnosu na istočno i centralno-evropske zemlje u uzorku (bez bivše Jugoslavije), performansa kod muškaraca je čak apsolutno bolja – zbog izrazito kraćeg trajanja života muškaraca u ovim zemljama (u rasponu od 5.8 do 11 godina).

Obrazac OTŽ-a kod zemalja bivše Jugoslavije govori nam o verovatnom postojanju bitnih faktora društveno-ekonomskog okruženja koji ih razlikuju. Kod Slovenije, Hrvatske i Srbije u poređenju sa posmatranim zapadnoevropskim zemljama performansa kod žena bolja je nego kod muškaraca. U slučaju BiH one se ne razlikuju značajno. A kod Crne Gore i Makedonije postoji mala razlika ipak u korist muškaraca. Ove razlike kod bivših jugoslovenskih zemalja su bitne, s obzirom na to da se po pravilu nepovoljniji društveno-ekonomski položaj žena popravlja sa društveno-ekonomskim razvojem, ali sporo.

Relativna performansa Srbije po očekivanom trajanju života nešto je bolja kad je reč o zdravlju starijeg stanovništva, tj. OTŽ u 60. godini života za celu populaciju iznosi 20 godina, što je bolje, pored navedenih zemalja, još i od Makedonije. (Podaci nisu prikazani.)

Pošto standard života (vodosnabdevanje, stanovanje, obrazovanje i sl.), medicina, sistemi zdravstvene zaštite pa i iznos sredstava koja se ulažu u zdravstvenu zaštitu stalno napreduju, očekuje se da ljudi žive značajno duže od očekivanog trajanja života u godini njihovog rođenja. Stoga nije dovoljno gledati relativni OTŽ u jednoj godini, već i kojom se brzinom on produžava. Dok je po pravilu reagovanje OTŽ-a na napretke u medicini i u zdravstvenim sistemima relativno sporo, ovaj pokazatelj relativno brzo i jasno odražava duboke društveno-ekonomske poremećaje, odnosno otpornost na iste. Na Grafikonu 2a vidimo uporedna kretanja OTŽ-a u Srbiji i drugim bivšim jugoslovenskim zemljama tokom 1990-2015, dok ih na Grafikonu 2b pokazujemo čisto ilustrativno izabrane evropske zemlje koje su takođe prolazile kroz određena turbulentna vremena i/ili bile u tranziciji.

Grafikon 2a jasno odražava konflikte u ranim 1990-tim kroz padove u OTŽ-u, kao i stepen/brzinu društvenog oporavka koji je sledio. Grafikon 2a, takođe, jasno pokazuje da je Srbija pretrpela veći pad i relativno manji oporavak u performansama od ostalih bivših jugoslovenskih zemalja (osim, možda, Crne Gore). Na početku te decenije relativna performansa Srbije bila je bliže očekivanom nivou – otprilike ista kao BiH, Hrvatske i Crne Gore, i bolja od Makedonije. Međutim, tokom 1990-tih Srbija je nazadovala više od drugih (osim Crne Gore), a zatim je doživela dodatni pad 1999. godine. Taj pad je potom samo delimično nadoknadila, neposredno posle urušavanja.

Očekivalo bi se da je posle konflikata, uz reforme i međunarodnu pomoć koje su usledile od 2000. godine Srbija bar u nekoj meri „nadoknadila“ izgubljeni korak. **Ipak, u periodu od 2000 - 2015. Srbija je popravila**

¹⁰ Verovatnoća dužine života izvodi se u svakoj godini iz podataka o stopi smrtnosti stanovništva po godinama starosti u toj godini, tako da zapravo odražava sadašnju verovatnoću preživljavanja iz jedne u narednu godinu.

¹¹ Pošto se OTŽ zasniva na podacima o smrtnosti koji su prilično pouzdani, različite baze koje koristimo imaju vrlo slične ali ne i identične procene OTŽ-u. Ipak, prikazani položaj Srbije ne razlikuje se u drugim bazama.

OTŽ za 3 godine, koliko i ostale bivše jugoslovenske zemlje u proseku (bez Slovenije), ali nije uspela da drži korak sa prosekom najnaprednijih zemalja u Evropi (Švajcarska, Španija i Francuska) i Slovenijom, koje su ga popravile za 4 godine (podaci nisu prikazani). Ovakva performansa je ispod očekivanja zato što najnaprednije zemlje imaju manje prostora za poboljšanje svojih performansi, pa bi trebalo da ih manje razvijene sustižu. (Moguće je da se efekat sustizanja dešava sa određenom zadržkom, s obzirom da se čini da je u Srbiji usporavanje tokom globalne finansijske krize (2010-2015.) nešto manje nego kod jednog broja zemalja, ali rano je za zaključke.)

4.1.2. Godine izgubljenog života

Još jedan krovni indikator, takođe sveobuhvatan kao što je OTŽ, jeste **indikator godina izgubljenog života (GIŽ)**¹² kojim se rasvetljavaju dimenzije prevremene smrtnosti. Ovaj indikator sabira, za svaku smrt i uzrok smrti u određenoj godini života, godine života izgubljene u odnosu na OTŽ u najboljoj zemlji (Japanu).¹³ Radi uporedivosti između zemalja, broj godina života prikazuje se kao stopa, na 100 000 stanovnika, i standardizuje se za starosnu strukturu (očekivano je da veći procenat stanovnika umire i gubi godine života tamo gde je stanovništvo starije). Samim tim što je broj GIŽ-a kod smrti u mlađem dobu veći, GIŽ daje veću (negativnu) težinu smrtima koje se dese u mlađim godinama.¹⁴

Kao što je pomenuto, ovaj pokazatelj izračunava se u sklopu *projekta Globalnog opterećenja bolestima (GBD)* i na *Grafikonu 3* prikazujemo stopu GIŽ-a na 100 000 stanovnika kao zbirni pokazatelj za sve uzroke smrtnosti¹⁵ i uporedno za već objašnjenu grupu zemalja u 2015. godini. Raspon GIŽ-a za prikazane zemlje veoma je širok – Švajcarska, sa najboljom performansom, ukupno gubi 7 156 godina života na 100 000 stanovnika naspram Jermenije koja gubi 17 084 godina. Relativna pozicija Srbije je nešto lošija nego u slučaju OTŽ-a, sa izgubljenih 14 351 godina – pri čemu su opet sve zemlje bivše Jugoslavije bolje od nje.

4.1.3. Smrtnost majki

Smrtnost majki (maternalna smrtnost) predstavlja umiranje žena u reproduktivnom dobu (od 15. do 49. godine života) od komplikacija trudnoće, porođaja i babinja. Najčešće se u međunarodnim poređenjima gleda odnos broja umrlih na 100.000 živorođene dece¹⁶. Ovaj indikator mogao bi se smatrati specifičnim indikatorom jer se tiče jednog dela populacije i relativno uske grupe uzroka smrtnosti. Međutim, smrtnost majki, kao i smrtnost dece (do navršениh 28 dana života i do 5. godine života), važni su opšti indikatori jer ukazuju šire na kvalitet zdravstvene zaštite. U pitanju su u najvećoj meri smrti koje se mogu izbeći i koje u velikoj meri zavise od pravovremene dostupnosti zdravstvene zaštite. Svi ovi pokazatelji značajno se menjaju i popravljaju sa društveno-ekonomskim razvojem zemlje. Stoga su tri indikatora koja se odnose na ovu populaciju (maternalna smrtnost, neonatalna – do navršениh 28 dana života i do 5. godine života) podciljevi u okviru **cilja održivog razvoja broj 3 – obezbediti zdrav život i promovisati blagostanje za ljude svih generacija.**

¹² Ovaj indikator je preuzet iz projekta *Global Burden of Disease (objašnjen u drugom poglavlju)*.

¹³ IHME. Rethinking Development and Health, Findings from the Global Burden of Disease Study. Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington 2016.

¹⁴ U poređenju sa IGŽ, OTŽ jednako „vrednuje“ smrt, recimo 3 godine pre i posle prosečnog trajanja života – one se međusobno potiru. Na primer, dve zemlje mogu imati isto očekivano trajanje života – recimo 75. Ali, u jednoj svi stanovnici umiru sa 75 godina, dok u drugoj ima onih koji umiru mladi kao i onih koji umiru stariji od 75 godina života. GIŽ će biti veće, tj. performansa slabija, u drugom slučaju.

¹⁵ GBD lista uzroka smrtnosti: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GBD/GBDcause_list.pdf

¹⁶ Rede se koristi i stopa koja se računa kao broj smrti od komplikacija trudnoće, porođaja i babinja na 100.000 reproduktivno aktivnih žena (od 15. do 49. godine).

Prema procenama SZO-a, smrtnost majki iznosi 17 žena umrlih od komplikacija trudnoće, porođaja i babinja na 100 000 živorođene dece (*Grafikon 4*). Ovaj podatak treba razlikovati od izveštajnih podataka koje objavljuje Batut i po kojima u 2015. godini broj umrlih žena iznosi 12 na 100 000 živorođene dece. Izveštajni podaci se u međunarodnim poređenjima koriguju zbog procenjenog pogrešnog šifriranja uzroka smrti i nepravilno prijavljenih smrti koje se dese van bolnica¹⁷. Razliku između prijavljenog i pravog broja u Republici Srbiji priznaje i Nacionalni program zdravstvene zaštite žena, dece i omladine¹⁸.

Ovo je indikator u kom je performansa svih bivših jugoslovenskih zemalja relativno slabija od drugih evropskih zemalja, a Srbija je i po ovom pokazatelju, slabija od bivših jugoslovenskih zemalja. Kako korigovani, tako i izveštajni podatak o smrtnosti, viši je od prve sledeće najlošije rangirane bivše jugoslovenske zemlje (BiH sa 11 žena). Iza Srbije su samo Letonija, Jermenija i Rumunija sa lošijom performansom ovog indikatora.

4.1.4. Smrtnost dece

Smrtnost dece posmatramo kroz dva ključna indikatora: **neonatalnu smrtnost i smrtnost dece ispod 5 godina života** (*Grafikoni 5 i 6*).

Neonatalna smrtnost je broj dece umrle pre navršenih 28 dana na 1 000 živorođene dece na određenom području u određenoj kalendarskoj godini. Ova smrtnost se može analizirati i u dva različita perioda: rana neonatalna smrtnost (od 0-6 dana) i kasna neonatalna smrtnost (od 7-27 dana života). „Do rane neonatalne smrtnosti najčešće dolazi zbog komplikacija tokom trudnoće ili porođaja, prevremenog rođenja i malformacija. Kasna neonatalna smrtnost nastaje najčešće zbog infekcija.“¹⁹

Smrtnost dece mlađe od 5 godina života predstavlja smrtnost između rođenja i tačno pet godina starosti, izraženo na 1 000 živorođenih. Ovaj indikator uopšteno prikazuje stepen blagostanja dece sa posebnim akcentom na zdravlje. U globalnim okvirima ovo je veoma bitan pokazatelj jer je jaz u podacima između razvijenih i nerazvijenih zemalja sveta naročito veliki.

Kod smrtnosti dece, performansa bivših jugoslovenskih zemalja je relativno bolja od ostalih pokazatelja, pa iako je Srbija najlošija među njima, ipak je bolja od zemalja poput Slovačke, Letonije, Bugarske, Rumunije, Turske i Jermenije. Zanimljivo je, kao što ćemo videti niže u tekstu, da su nam kongenitalne anomalije pri rođenju²⁰, koje su u jednoj meri vezane za zdravstvenu zaštitu majki tokom trudnoće, a velikim delom za zaštitu reproduktivnog zdravlja, na 7. mestu uzroka zbog kojih najviše gubimo godina života. To govori da je i kod smrtnosti dece deo problema u nedovoljnoj brizi za buduće majke.

4.1.5. Samoprocena

Podaci o samoproceni dobijaju se na osnovu godišnje ankete o uslovima života koja se sprovodi u zemljama članicama i kandidatima Evropske unije (SILC)²¹. Reč je o daleko „mekšem“ pokazatelju od većine koje koristimo u ovoj analizi, ali smo ih uključili jer verujemo da su informativni. Ispitanici odgovaraju na pitanje

¹⁷ SZO i UNICEF uz saradnju sa Fondom Ujedinjenih nacija za stanovništvo (UNFPA) i Svetskom bankom (SB) razvili su metodologiju procene maternalne smrtnosti koja koriguje zvanične podatke o umiranju žena, pošto je česta pojava da se ovi uzroci smrti pogrešno prijavljuju i klasifikuju.

¹⁸ Uredba o Nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine. Službeni glasnik RS 28/2009. Dostupno na: <http://www.mdpp.gov.rs/doc/strategije/Nacionalni%20program%20zdravstvene%20zastite%20zena.%20dece%20i%20omladine.pdf>

¹⁹ [https://www.unicef.org/serbia/vodic_za_osnovno_i_specijalizovano_zbrinjavanje_novorodenceta\(3\).pdf](https://www.unicef.org/serbia/vodic_za_osnovno_i_specijalizovano_zbrinjavanje_novorodenceta(3).pdf)

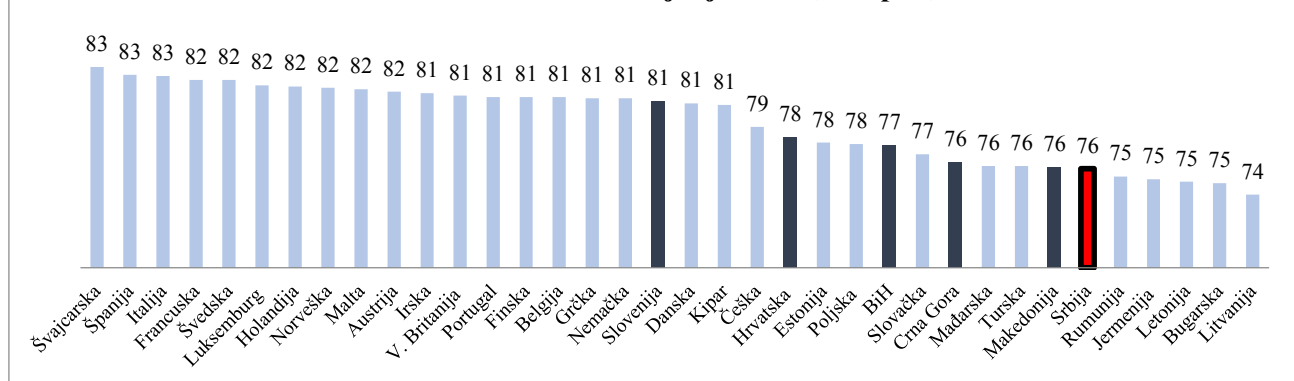
²⁰ Strukturni defekti tkiva i organa, nastali tokom morfogeneze, prisutne i vidljive na rođenju.

²¹ <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database>

„kakvo vam je zdravlje u celini?“ A kao mogući odgovori nude se „vrlo dobro“, „dobro“, „osrednje“, „loše“ i „veoma loše“.

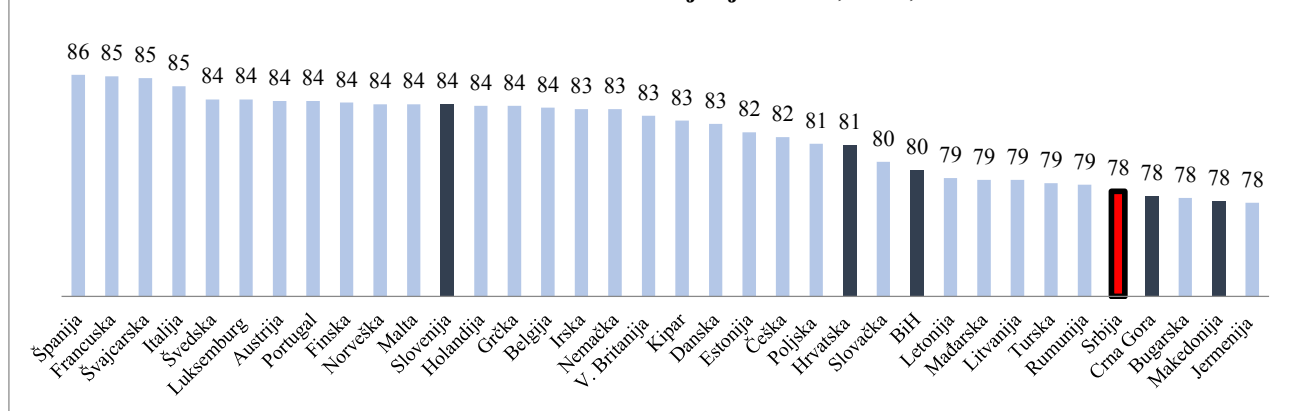
Odgovori na ovakvo pitanje su subjektivni i očigledno zavise kako od kulture, tako i od očekivanja – neizbežno je da odgovor u izvesnoj meri odražava opštije zadovoljstvo sopstvenim stanjem i tela i duha. Poređenja među zemljama stoga su manje korisna od poređenja za istu zemlju kroz vreme (podaci za Srbiju su dostupni u godinama kada su obavljena nacionalna istraživanja zdravlja stanovnika – 2006. i 2013. godine). Ipak, značajno je da Srbija ima najveću stopu negativnih odgovora – „veoma loše ili loše“ (23% ispitanika) – od svih zemalja koje sprovode anketu, a manje pozitivnih odgovora („vrlo dobro ili dobro“) od Srbije (49%) imaju samo Portugal, Letonija i Litvanija. Zanimljivo je, pak, da su ispitanici u Srbiji mnogo bolje ocenili svoje zdravlje u celini odgovarajući na pitanje „da li vas zdravlje ozbiljno sprečava da obavljate sve željene poslove“. Takođe, po pitanju opšte ocene zdravstvenog stanja, razlike između kvintila ispitanika sa najvišim i najnižim primanjima nije tako velika kao u drugim zemljama koje u proseku imaju visoku stopu negativnih odgovora. Nema mnogo sumnje, dakle, da je u Srbiji u dobroj meri reč ne samo o objektivnom stanju zdravlja, već o opštijem nezadovoljstvu koje je relativno ujednačeno rasprostranjeno.

Grafikon 1a - Očekivano trajanje života, ukupno, 2015



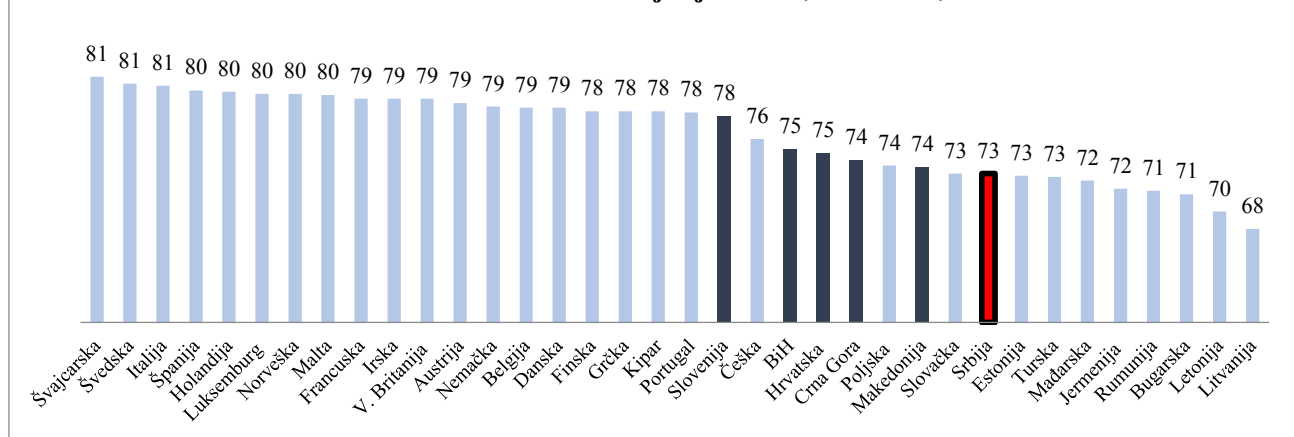
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, Global Observatory. Dostupno na: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/

Grafikon 1b - Očekivano trajanje života, žene, 2015



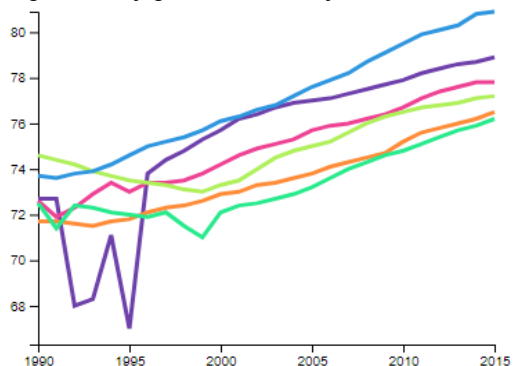
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, Global Observatory. Dostupno na: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/

Grafikon 1c - Očekivano trajanje života, muškarci, 2015



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, Global Observatory. Dostupno na: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/

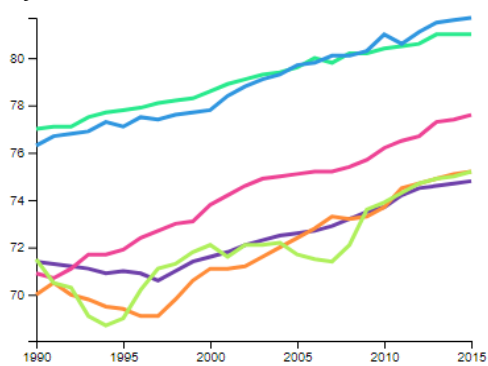
Grafikon 2a – Kretanje OTŽ-a u Srbiji i drugim bivšim jugoslovenskim zemljama tokom 1990-2015.



- Legend**
- Bosnia and Herzegovina, Both sexes, All Ages
 - Croatia, Both sexes, All Ages
 - Macedonia, Both sexes, All Ages
 - Montenegro, Both sexes, All Ages
 - Serbia, Both sexes, All Ages
 - Slovenia, Both sexes, All Ages

Preuzeto: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

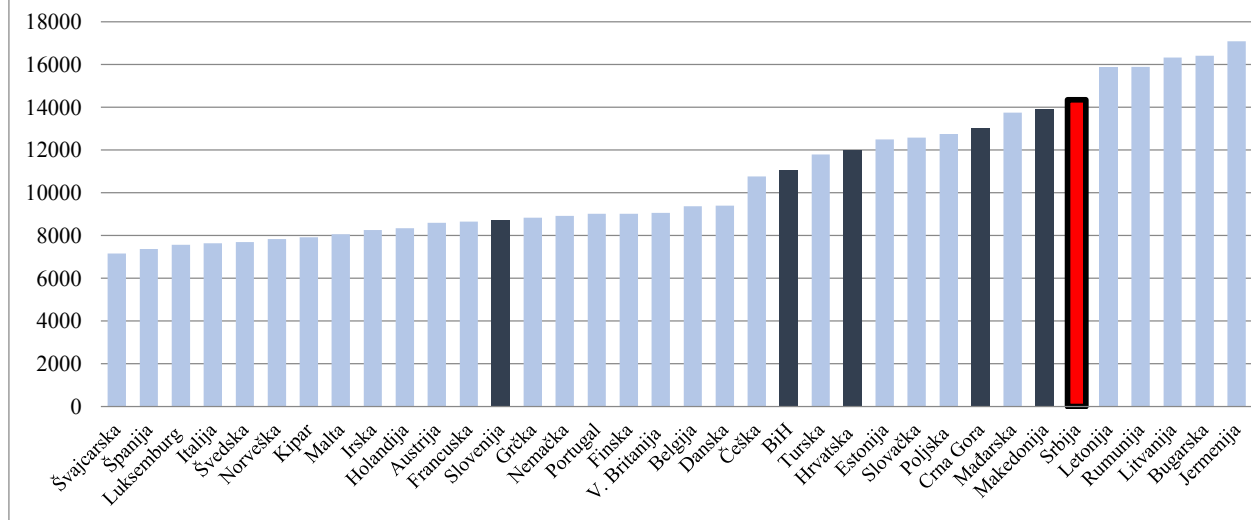
Grafikon 2b – Kretanje OTŽ-a kroz vreme za izabrane zemlje tokom 1990-2015.



- Legend**
- Bulgaria, Both sexes, All Ages
 - Poland, Both sexes, All Ages
 - Romania, Both sexes, All Ages
 - Lithuania, Both sexes, All Ages
 - Greece, Both sexes, All Ages
 - Ireland, Both sexes, All Ages

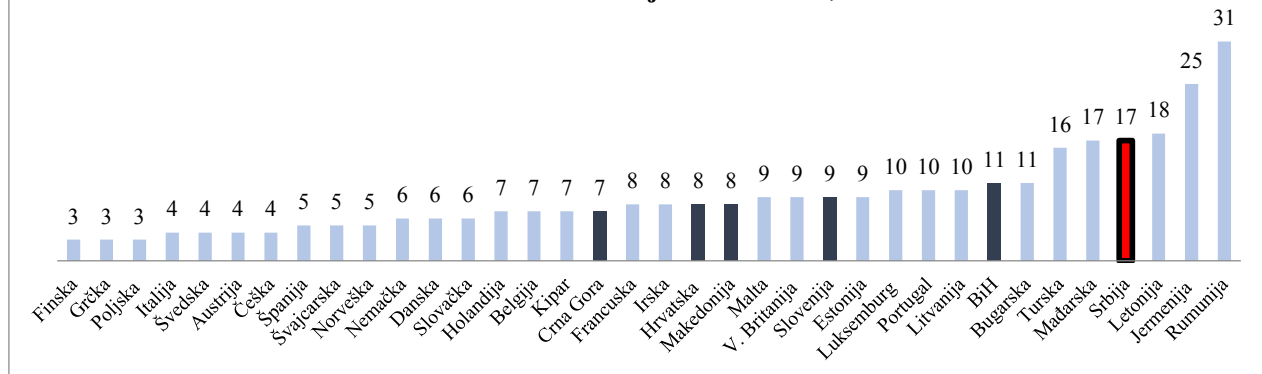
Preuzeto: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Grafikon 3 - Godine izgubljenog života, svi uzroci, na 100 000, 2015



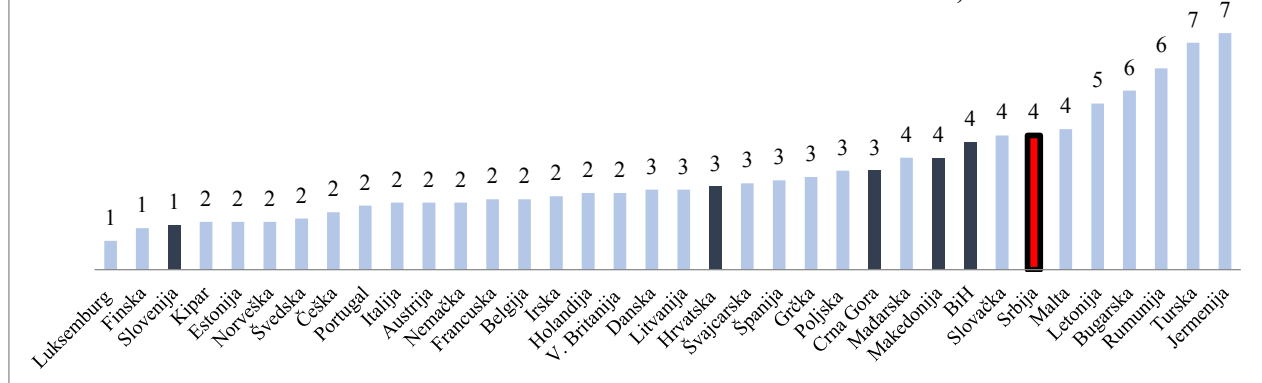
Izvor: Global Burden of Disease (GBD), Results Data Tool. Dostupno na: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Grafikon 4 - Smrtnost majki na 100 000, 2015



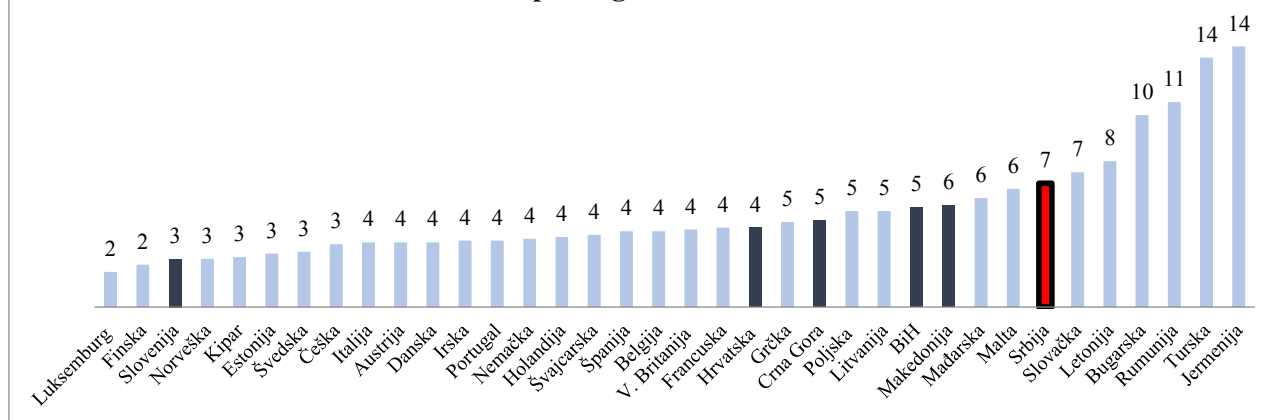
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 5 - Neonatalna smrtnost na 1000 živorođenih, 2015



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 6 - Smrtnost ispod 5 godina života na 1000 živorođenih, 2015



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

4.2. Specifični ishodni indikatori

U ovom odeljku poredimo performanse Srbije po specifičnim uzrocima smrtnosti sa nekoliko grupa zemalja, u potrazi za obrascima koji bi upućivali na naročite slabosti ili snage njenog zdravstvenog sistema. Različiti uzroci smrtnosti (bolesti i povređivanja) razlikuju se po učestalosti, stopi smrtnosti, kao i po tome koliko pogađaju različite kategorije stanovništva ili ljude u različitim starosnim dobima. Kako bi različite uzroke obolevanja i povređivanja doveli na uporedivu ravan, posmatramo ih prema GIŽ-u koji im se može pripisati.

Možemo konstatovati da je struktura smrtnosti u Srbiji slična kao u korpi uporednih zemalja, ali se smrtnost u Srbiji naročito ističe kod cerebrovaskularnih oboljenja (2,5 puta viša nego u EU28) i kod dijabetesa (2,25 puta više). Analiza specifičnih uzroka smrtnosti potvrđuje važnu polaznu pretpostavku ovog izveštaja – da postoje naročite sličnosti u performansama Srbije i ostalih bivših jugoslovenskih zemalja. Iako su njihove stope smrtnosti od specifičnih uzroka niže nego u Srbiji, bilo zbog toga što su incidencije niže (niži broj novo'obolelih registrovan u jednoj godini), ili što je stopa preživljavanja viša, uglavnom slabosti i snage su im slične. Najpre, među značajnim uzročnicima smrtnosti bivše jugoslovenske zemlje uglavnom dele naročito visoku stopu GIŽ-a od cerebrovaskularnih bolesti i dijabetesa i naročito nisku stopu GIŽ-a od infekcija nižih disajnih puteva. Bivše jugoslovenske zemlje uglavnom imaju i manji GIŽ usled uzroka povezanih sa alkoholizmom i zloupotrebom droga, ali tu Srbija prednjači i u odnosu na njih.

Alat projekta Globalnog opterećenja bolestima koji računa GIŽ za većinu zemalja i jedan broj regiona u svetu, pruža informacije i poređenja za sve bolesti grupisane u 132 dijagnostičke grupe. Takođe, ovaj alat za svaku zemlju nudi poređenje u performansama sa grupom zemalja koju sistem „bira“ na osnovu karakteristika za koje se očekuje da određuju uporedivu performansu (nivo ekonomskog razvoja, globalni region u koji zemlja spada i bliskost trgovinskih veza). Grupu zemalja sa kojom GBD alat automatski poredi Srbiju nazivamo *GBD korpom*²². Uporedne podatke prikazujemo kako za prosek cele korpe, tako i posebno za proseke nekoliko grupa zemalja: *GBD aspiracija*²³ – za koje usled visokog nivoa razvoja očekujemo da imaju bolje i drugačije performanse od Srbije; *GBD slabije od Srbije*²⁴ – koje imaju ukupno lošiju performansu od Srbije merenu godinama izgubljenog života; i *GBD nove članice*²⁵ – grupu zemalja iz GBD korpe koje su nove države članice Evropske unije (EU). Pored zemalja koje se nalaze u GBD korpi, poređenja vršimo i sa prosekom grupe svih bivših jugoslovenskih zemalja (bez obzira da li su u GBD korpi ili ne) i sa prosekom EU28. Sve ove proseke grupa zemalja izračunavamo kao proste proseke stope GIŽ-a na 100 000 stanovnika, standardizovane za starosnu strukturu.

4.2.1. 10 najvećih uzroka GIŽ-a u Srbiji

U Tabeli 1 prikazane su standardizovane stope GIŽ-a za svaki od 10 najvećih uzroka smrtnosti za Srbiju. Prikazane su GIŽ za Srbiju i uporedno za proseke gore opisanih grupa zemalja. Pored podataka za ukupan broj GIŽ-a za Srbiju, prikazani su i podaci za razliku između GIŽ-a u Srbiji i EU28, kao i relativnu razliku – koliko je stopa smrtnosti u Srbiji procentualno veća od stope u EU28. Kod svih grupa zemalja na ovih 10 uzroka otpada više od 50% ukupnog GIŽ-a, osim kod grupe GBD aspiracija. Tu na ove uzroke otpada samo 45% GIŽ-a (kod ovih zemalja relativno je veći udeo uzroka koji se teže leče ili sprečavaju, kao što su razni maligni tumori i kongenitalna oboljenja). Ovi uzroci su odgovorni za 58% svih GIŽ-a u Srbiji, što je nešto više nego kod ostalih grupa zemalja kod kojih takođe na ove bolesti otpada više od pola GIŽ-a (osim kod grupe Aspiracija kod kojih otpada 45%).

²² Tu spadaju sledeće zemlje: Albanija, Jermenija, Bosna i Hercegovina, Bugarska, Hrvatska, Češka, Estonija, Francuska, Nemačka, Mađarska, Italija, Letonija, Norveška, Poljska, Rumunija, Slovenija, Španija, Švajcarska i Velika Britanija.

²³ Francuska, Nemačka, Italija, Norveška, Španija, Švajcarska i Velika Britanija.

²⁴ Jermenija, Bugarska, Rumunija i Letonija.

²⁵ Bugarska, Češka, Hrvatska, Estonija, Mađarska, Letonija, Poljska, Rumunija i Slovenija.

Daleko najviše godina života u svim zemljama gubi se usled ishemijske bolesti srca – poznatije u narodu kao srčani infarkt i angina pektoris – i to 17%-18% (GBD aspiracija samo 12%) i tu performansa Srbije ne odskae mnogo od korpe GBD-a, mada je broj GIŽ-a od ovog uzroka oko 42% viši nego prosek EU28. Potom slede cerebrovaskularne bolesti i rak pluća (kod zemalja Aspiracija, rak pluća je ispred cerebrovaskularnih bolesti). Srbija i ostale bivše jugoslovenske zemlje ističu se po naročito visokom doprinosu cerebrovaskularnih bolesti (14% svih GIŽ-a, dok je kod ostalih država koje su bolje od Srbije ono na oko 8% ili niže). Gubitak godina života od cerebrovaskularnih bolesti u Srbiji (ukupno 2021 godina) je skoro dvostruko veći od proseka u zemljama cele GBD korpe (1118) i on objašnjava više od polovine razlike u njihovim ukupnim performansama (14 351 u Srbiji naspram prosečno 11 368 GIŽ-a za zemlje u GBD korpi).

Nadalje sledi 7 uzroka koji se uglavnom pojavljuju i kod ostalih grupa zemalja i to sličnim redosledom – samopovređivanje, nesreće na putu, rak debelog creva, kongenitalne anomalije, dijabetes, neonatalne komplikacije i rak dojke. Svi ovi nešto manje značajni uzroci pojavljuju se u prvih 10 uzroka smrtnosti i kod svih drugih grupa zemalja osim dijabetesa koji se pojavljuje na 8. mestu, kako u Srbiji (357 GIŽ), tako u proseku bivših jugoslovenskih zemalja, ali ne i u drugim zemljama. Dijabetes se u grupi zemalja GBD-a pojavljuje tek na 13. mestu, dok je u EU28, gde se zbog njega gubi 159 GIŽ-a na 100 000 stanovnika, tek na 14. mestu. Iako se dijabetes među bivšim jugoslovenskim zemljama pojavljuje na 8. mestu, ipak na njega otpada manji broj GIŽ-a nego u Srbiji – 302. Dalje, Srbija se ističe i po većem apsolutnom i relativnom broju GIŽ-a zbog saobraćajnih nesreća i po smrtnosti usled neonatalnih komplikacija (do navršenih 28 dana po rođenju).

Tabela 1 – 10 glavnih uzroka GIŽ-a za Srbiju

	Svi uzroci	Total 10 najgorih	Ishemijske bolesti srca	Cerebrovaskularne bolesti	Rak pluća	Samo povređivanje	Povrede na putu	Rak debelog creva	Kongenitalne anomalije	Dijabetes	Rane neonatalne komplikacije	Rak dojke
Srbija	14351	8379	2496	2021	931	570	476	466	375	357	351	336
Razlika u odnosu na EU28	3948	3276	747	1230	290	98	158	145	103	198	236	71
Procentualna razlika EU28, %	37.9	64.2	42.7	155.5	45.3	20.7	49.6	45.2	37.9	124.2	206.7	26.9
GBD korpa	11368	5724	2017	1010	681	447	319	338	320	198	129	263
GBD aspiracija	8089	3605	976	409	595	382	238	291	230	126	105	252
GBD manje od Srbije	16313	8807	3541	1896	716	490	453	349	522	329	197	314
GBD nove članice	11863	6828	2584	1302	735	559	373	399	310	176	118	272
Bivša Jugoslavija	11753	6531	2013	1625	761	396	345	350	277	302	208	256
EU28	10403	5103	1749	791	641	472	318	321	272	159	114	265
					Učešća u totalu							
Srbija	100	58.4	17.4	14.1	6.5	4.0	3.3	3.2	2.6	2.5	2.4	2.3
GBD korpa	100	50.3	17.7	8.9	6.0	3.9	2.8	3.0	2.8	1.7	1.1	2.3
GBD aspiracija	100	44.6	12.1	5.1	7.4	4.7	2.9	3.6	2.8	1.6	1.3	3.1
GBD manje od Srbije	100	54.0	21.7	11.6	4.4	3.0	2.8	2.1	3.2	2.0	1.2	1.9
GBD nove članice	100	57.6	21.8	11.0	6.2	4.7	3.1	3.4	2.6	1.5	1.0	2.3
Bivša Jugoslavija	100	55.6	17.1	13.8	6.5	3.4	2.9	3.0	2.4	2.6	1.8	2.2
EU28	100	49.0	16.8	7.6	6.2	4.5	3.1	3.1	2.6	1.5	1.1	2.5

*Osenčene vrednosti u Tabeli 1 označavaju koji su proseci grupa zemalja gori po rezultatima od Srbije.

4.2.2. 10 uzroka GIŽ-a u kojima je Srbija bolja

Radi razumevanja prednosti i slabosti sistema zdravstvene zaštite u Srbiji, posmatramo i 10 uzroka smrtnosti u kojima je Srbija bolja – prednjači, prema kriterijumu apsolutne razlike u GIŽ-u u odnosu na prosek EU28 zemalja. Ovi uzroci zajedno doprinose 1 430 GIŽ-a u Srbiji (564 manje nego u EU28) i lavovski su deo GIŽ-a u kojima Srbija uopšte prednjači. Najviše GIŽ-a Srbija „štedi“ relativno niskim obolevanjem od ciroze jetre usled upotrebe alkohola (gubimo 84 godina života) kao i drugih poremećaja usled upotrebe alkohola (37), poremećaja povezanih sa upotrebom droge (62) i infekcijama donjih disajnih puteva (58). Ovaj poslednji uzrok je inače 8. najveći „ubica“ u zemljama GBD-a i 11. kod EU28. Nadalje, performansa Srbije je bolja i kod padova, drugih ciroza jetre, Alchajmerove i drugih demencija (ovde može biti u pitanju i dijagnostička praksa), bolesti motornih neurona i urinarnih bolesti.

Tabela 2 – 10 uzroka smrtnosti u kojima je Srbija bolja, prema kriterijumu razlike u GIŽ u odnosu na prosek EU28 zemalja

	Svi uzroci	Total 10 prednjači	Ciroza jetre usled upotrebe alkohola	Poremećaj i usled upotrebe droge	Infekcije donjih disajnih puteva	Padovi	Poremećaj i usled upotrebe alkohola	Alchajmerova bolest i druge demencije	Ciroza jetre usled hepatitisa C	Bolest motornih neurona	Ciroza jetre usled hepatitisa B	Urinarne bolesti i muška neplodnost
Srbija	14351	856	67	55	205	81	77	238	67	4	39	22
Razlika u odnosu na EU28	3948	-406	-84	-62	-58	-54	-37	-28	-27	-20	-20	-17
Procentualna razlika EU28, %	37.9	-32.2	-55.8	-52.9	-22.1	-39.9	-32.5	-10.7	-28.8	-81.6	-33.3	-42.6
GBD korpa	11368	1251	131	106	294	132	108	249	99	18	73	43
GBD aspiracija	8089	1074	103	126	196	106	70	286	87	34	31	35
GBD manje od Srbije	16313	1635	162	86	540	158	117	231	132	5	132	73
GBD nove članice	11863	1442	183	109	325	171	160	228	116	10	98	43
Bivša Jugoslavija	11753	923	86	77	182	114	69	233	68	8	65	22
EU28	10403	1262	151	117	263	134	115	266	94	24	59	39
			Učešća u totalu									
Srbija	100	6.0	0.5	0.4	1.4	0.6	0.5	1.7	0.5	0.0	0.3	0.2
GBD korpa	100	11.0	1.1	0.9	2.6	1.2	0.9	2.2	0.9	0.2	0.6	0.4
GBD aspiracija	100	13.3	1.3	1.6	2.4	1.3	0.9	3.5	1.1	0.4	0.4	0.4
GBD manje od Srbije	100	10.0	1.0	0.5	3.3	1.0	0.7	1.4	0.8	0.0	0.8	0.4
GBD nove članice	100	12.2	1.5	0.9	2.7	1.4	1.3	1.9	1.0	0.1	0.8	0.4
Bivša Jugoslavija	100	7.9	0.7	0.7	1.6	1.0	0.6	2.0	0.6	0.1	0.6	0.2
EU28	100	12.1	1.5	1.1	2.5	1.3	1.1	2.6	0.9	0.2	0.6	0.4

*Osenčene vrednosti u Tabeli 2 označavaju koji su proseci grupa zemalja gori po rezultatima od Srbije.

5. Indikatori rizika po zdravlje

Ovim pokazateljima merimo faktore rizika koji mogu uticati na zdravstveno stanje pojedinca, bilo pozitivno ili negativno. Razumevanje uzročno-posledične veze između rizika i ishoda na koje oni utiču, neophodno je kako bi donosioci odluka formulisali zdravstvene politike usmerene na prevenciju (sprečavanje), a ne samo lečenje bolesti. Danas je nesumnjivo:

- da pušenje doprinosi nastanku raka pluća;
- da prekomerno konzumiranje alkohola doprinosi oboljenjima jetre;
- da povećani krvni pritisak i holesterol povećavaju verovatnoću srčanog udara ili šloga;
- da fizička neaktivnost povećava verovatnoću obolevanja od mnogih bolesti, kako neposredno, tako i kroz...
- ...prekomerno povećavanje telesne težine koje takođe doprinosi mnogim bolestima, npr. srca i krvotoka ili šećernoj bolesti,
- kao i da vazdušno zagađenje doprinosi oboljenjima disajnih organa.

Poslednjih nekoliko decenija značajna sredstva uložena su u smanjivanje ovih faktora rizika, naročito u razvijenim zemljama, što je vidno doprinelo smanjenju (ili sporijem povećanju) obolevanja od povezanih bolesti i poboljšavanju opšteg stanja zdravlja. Stoga se i ciljevi održivog razvoja bave rizicima, a naročito prevencijom zloupotrebe supstanci i lečenjem posledica takve zloupotrebe kao i jačanjem primene „Okvirne konvencije SZO-a o kontroli duvana“.

Uzroci obolevanja su složeni i najčešće se bez dublje analize ne može jednostavno videti veza između rizika i povezanih bolesti, pošto je širok dijapazon mogućih uticaja drugih faktora – delotvornosti zdravstvene zaštite, uticaja drugih aspekata okruženja ili grešaka u merenju. Kod bivših jugoslovenskih zemalja ova je veza očigledna samo kod konzumiranja alkohola i smrti od ciroze jetre, oba pokazatelja u kojima se Srbija ističe po dobroj performansi. Ipak, u ovom poglavlju prikazujemo faktore rizika grafički, u odnosu na pokazatelje uzroka smrti koji su najčešći za sve zemlje, a među njima ističemo bivše jugoslovenske zemlje. **Među analiziranim rizicima Srbija najviše negativno odskaka kod udela stanovništva koje puši (iza je samo Grčka), a zajedno sa svim drugim bivšim jugoslovenskim zemljama ističe se i po visokom krvnom pritisku (i kod muškaraca i kod žena), iako je po GIŽ-u zbog ishemijske bolesti srca srednja u grupi zemalja sa lošijom performansom, a po GIŽ-u usled raka pluća u boljoj polovini među svim zemljama.** Među faktorima rizika Srbija se negativno ističe još po vrlo niskom stepenu fizičke aktivnosti stanovništva, ali je po gojaznosti među boljim zemljama, što govori da to ne objašnjava visoku stopu smrtnosti i GIŽ-a od dijabetesa.

U svakom slučaju, Srbija značajno bolje stoji u pogledu performanse u faktorima rizika, nego po krovnim ishodima.

5.1. Udeo aktivnih pušača starijih od 15 godina

Pušenje predstavlja jedan od vodećih pojedinačnih faktora rizika za nastanak najčešćih hroničnih nezaraznih oboljenja (kardiovaskularnih, respiratornih i brojnih malignih bolesti), a takođe je i najveći sprečiv rizik po zdravlje. Pušenje je uzrok loših ishoda po zdravlje novorođenčadi, dece i mladih, kao i povreda i smrtnih ishoda. „Oko 50% pušača umire prevremeno (u proseku 14 godina).“²⁶

Poređenje Srbije sa izabranim zemljama pokazalo je da je Srbija zemlja koja ima izrazito veliki udeo pušački aktivnog stanovništva od čak 42% i da je lošije rangirana od nje samo Grčka kod koje je ovaj procenat

²⁶ Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2016., strana 90

43,4%. Sa druge strane grafikona sa najmanjim udelom je Danska (18,9%) i Velika Britanija (20,3%) dok ih prati i jedna bivša jugoslovenska država Slovenija sa 20,9% (*Grafikon 7*). Vidimo da postoji veliki raspon među evropskim zemljama, za šta može biti odgovorna javna politika kontrole duvana. Nesumnjivo je da se ovaj pokazatelj u Evropi smanjivao od 90-ih godina ciljanim kampanjama podizanja svesti, zabranama reklamiranja, povećanim oporezivanjem, ograničenjima pušenja na javnim mestima i slično.

U Srbiji je 2006. godine stupila na snagu „Okvirna konvencija o kontroli duvana“ Svetske zdravstvene organizacije kojom se Srbija obavezala da primeni različite mere u kontroli duvana kojima se smanjuju ponuda i tražnja za duvanskim proizvodima, a time i štetne posledice po zdravlje stanovnika. Iako je Srbija uradila zakonski dosta na planu kontrole duvana – zabrane pušenja na javnim mestima, povećane cene cigareta, isticanje štetnosti cigareta na kutijama – ovaj pokazatelj za Srbiju je i dalje izrazito negativan. Loši rezultati su povezani i sa društvenim okvirom – i zdravstveni radnici ili obrazovni kadar koji treba da ističe štetnost pušenja i sami su u velikom broju pušači.

5.2. Konzumacija alkohola

Konzumiranje alkohola predstavlja takođe jedan od značajnih zdravstvenih sprečivih rizika po zdravlje, ali i jednu od kulturoloških karakteristika društva. Konzumacija alkohola povezana je sa nekoliko oboljenja poput ciroze jetre, povećanih rizika za moždani i srčani udar i određenim kancerima. Ukoliko je bilo fetalnih izloženosti alkoholu to dovodi i do povećanog rizika za anomalije prilikom rođenja. Sa druge strane, alkohol je jedan od glavnih uzročnika povećanog broja saobraćajnih nesreća, samoubistava i nasilja što dovodi do života sa invaliditetom ili do smrtnog ishoda.

Kao pokazatelj koristimo procenjenu količinu konzumiranog alkohola po odrasloj osobi (15+godina) tokom kalendarske godine i to u litrima čistog alkohola. Procena se vrši na osnovu podataka o proizvodnji, izvozu i uvozu. Srbija troši 9,1 litra *per capita* i nalazi se negde u sredini između Makedonije (1,1L) i Litvanije (15,2L). Međutim, prema ovom pokazatelju bolja je od Hrvatske (12,1L) i Slovenije (10,5L) a lošija od Bosne (4L).

Grafikon 8 ukršta podatke o konzumiranju alkohola i izgubljenim godinama života usled ciroze jetre nastale upotrebom alkohola. Primećuje se određena pozitivna korelacija ova dva pokazatelja, ali ne savršena. Na primer, Rumunija troši samo 0,5L više nego Srbija, ali zato gubi 286 godina više od Srbije.

5.3. Povišen krvni pritisak

Povišeni krvni pritisak je jedan od vodećih faktora rizika za globalnu smrtnost. Povezan je sa više oboljenja, od kojih najčešće sa koronarnim oboljenjima srca, ishemijskom bolešću i moždanim udarom. Globalno, procena je da je povišeni krvni pritisak uzrok 7.5 miliona smrti, što je otprilike 12,8% od ukupnih smrti²⁷, što ovaj pokazatelj čini jednim od vodećih za smrtnost.

Vodeće zemlje koje kod muškaraca imaju najveći procenat osoba sa povišenim krvnim pritiskom su Hrvatska, Letonija, Mađarska, Litvanija i Slovenija. Srbija ima takođe visok procenat od 33%, ali zabrinjavajuća je zapravo situacija kod žena kojih ima čak 25% sa povišenim pritiskom (lošije stanje je samo u Hrvatskoj i BiH). Sa druge strane grafikona su zemlje poput Velike Britanije, Švajcarske i Belgije koje imaju upola manji procenat žena sa povišenim krvnim pritiskom (*Grafikon 9*).

²⁷ http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/

5.4. Fizička aktivnost

Nedovoljna fizička aktivnost je jedan od 10 vodećih faktora rizika za globalnu smrtnost. Ljudi koji nisu dovoljno fizički aktivni imaju povećan rizik od smrti od svih uzroka 20% do 30% u poređenju sa onima koji se bave najmanje 150 minuta fizičkom aktivnošću umerenog intenziteta nedeljno. Redovna fizička aktivnost smanjuje rizik od ishemijske bolesti srca, dijabetesa, raka dojke i debelog creva. Pored toga, smanjuje se rizik od moždanog udara, hipertenzije i depresije. Dodatno, fizička aktivnost je ključna determinanta potrošnje energije i stoga je bitna za balans energije i kontrolu telesne težine.²⁸

Brojne studije pokazuju da je fizička aktivnost jedna od nekoliko životnih stilova koji može imati mnogostruke koristi po zdravlje pojedinca. Korist fizičke aktivnosti jeste i u tome da nije potrebno da bude intenzivna niti vremenski zahtevna da bi stanovnici redukovali rizik od prevremene smrti.

Pokazatelj o fizičkoj neaktivnosti SZO-a definisan je kao procenat stanovništva koji je nedeljno ostvario manje od 150 minuta fizičke aktivnosti umerenog intenziteta ili manje od 75 minuta intenzivne fizičke aktivnosti nedeljno. Ovaj pokazatelj (*Grafikon 10*) je u grupi izabраниh zemalja negativan po Srbiju i pokazuje da je zemlja imala u 2010. godini 39% fizički nedovoljno aktivnog stanovništva, od čega muškarci 33,5%, a žene visokih 43,8%. Od zemalja koje su bolje, važno je istaći izrazito veliku razliku u odnosu na Estoniju (12%), Grčku (12%), Holandiju (13%) i Hrvatsku (16%).

5.5. Prekomerna telesna težina

Kada govorimo o činjenici da populacija ima *više kilograma* nego što se smatra idealnim govorimo o dva pojma – predgojaznosti i gojaznosti. Predgojaznost se definiše kao povećanje idealne telesne težine za više od deset posto ili kao prisustvo masti u telu u iznosu 25-30%, dok je gojaznost definisana kao povećanost masti u telu preko 30%.

Srbija procentualno ima 55% predgojaznih ljudi i 20% gojaznih (*Grafikon 11*). Bolje od nje su Bosna, Albanija i Austrija kada govorimo o predgojaznosti i dodatno Danska, Švajcarska i Jermenija kada je gojaznost u pitanju. Interesantno je da po ovim pokazateljima prednjače Turska, Velika Britanija i Malta.

Prekomerna težina je u modernom svetu sve veći problem koji je povezan sa raznim oboljenjima – od kardiovaskularnih oboljenja preko dijabetesa i nekih vrsta kancera. Takođe, gojaznost je povezana i sa dugoročnim hroničnim oboljenjima koja su pak povezana sa većim zdravstvenim izdacima. Evropske zemlje su u prethodnim godinama uložile dosta napora u prevenciju ovog rizika preko: kampanja podizanja svesti, obuka o oblicima zdrave ishrane, oporezivanja i ograničavanja prodaje određene hrane i pića kao i označavanjem i promovisanjem nutritivnih vrednosti proizvoda. Obavešteni kupac može biti i zdraviji kupac. Međutim, pridržavanje zdrave ishrane nije podjednako dostupno za različite socijalne grupe jer siromašniji građani ishranu prilagođavaju svom budžetu. Međutim, pored ishrane, i fizička aktivnost može doprineti smanjivanju ovog indikatora.

Jedan od pokazatelja kvaliteta rada zdravstvenih ustanova koje Batut prati jeste i udeo registrovanih korisnika u čiji su zdravstveni karton ubeleženi: vrednost krvnog pritiska, indeks telesne mase, pušački status i preporučeni status ponašanja u okviru primarne zdravstvene zaštite. Ovaj udeo korisnika sa ubeleženim

²⁸ http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/

podacima je iznenađujuće mali – u 2015. godini je iznosio 37% (nivo dostignut posle skoka u odnosu na 2012. godinu kada je iznosio 23,2%). Verovatno je da je taj skok rezultat kampanje koja je vođena u 2012. godine za poboljšanje preventivnih pregleda. Prirodno bi bilo da ovi parametri budu upisani svim registrovanim korisnicima koji su obavili bar jedan pregled kod izabranog lekara.

5.6. Zagađenje vazduha

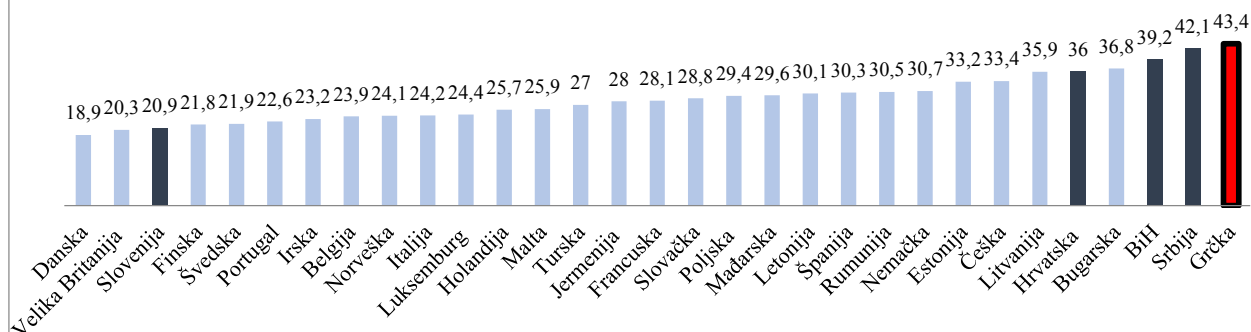
Zagađenje vazduha se povezuje sa nekoliko zdravstvenih oboljenja poput raka pluća, respiratornih i kardiovaskularnih oboljenja. „Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije približno pola miliona smrti u Evropi 2012. godine su povezane sa izloženošću spoljnjem zagađanju vazduha.“²⁹ Od svih zagađivača vazduha, onaj koji nosi najviše rizika po zdravlje ljudi su suspendovane čestice (*particulate matter* – PM). Postoje dve frakcije čestica prisutnih u vazduhu- manje od 2.5 µm takozvanih finih čestica i manje od 10 µm aerodinamičkog prečnika PM10 – u čiji sastav ulaze pored finih čestica i grube čestice koje su iz opsega od 2.5-10 µm koje najčešće dolaze od teških industrija i izduvnih gasova. U ovom izveštaju posmatramo trend zagađenosti vazduha od PM10 čestica jer su one među najopasnijim zagađivačima u vazduhu i prilikom udisanja napadaju ljudski respiratorni sistem, utiču na njegovu otpornost i deponuju se u najdubljim delovima pluća.

Na *Grafikonu 12* vidimo trend smanjivanja u toku 10 godina (2003- 2013), međutim sa sve većom urbanizacijom i nedovoljnom kontrolom i zaštitom od štetnih čestica i dalje veliki broj ljudi je izložen ovom riziku. Srbija je u 10-godišnjem posmatranom periodu (2003 – 2013) smanjila broj čestica (sa 54 mikrograma prema kubnom metru na 36), pristupila regulisanju ovog pitanja i putem zakona – donošenjem Zakona o zaštiti vazduha, ali sa još dosta rada na sustizanju posmatranih zemalja sa najmanjim brojem suspendovanih čestica (Irska i Finska sa 12 mikrograma prema kubnom metru).

Takođe, možemo videti da je u posmatranom periodu najveće prosečno godišnje smanjenje sitnih čestica (PM10, u mikrogramima prema kubnom metru) imala Rumunija, za kojom odmah slede Slovenija i Srbija. Osim toga, jasno se uočava i razlika u zagađenosti država sa visokim prihodima i država sa niskim i srednjim prihodima.

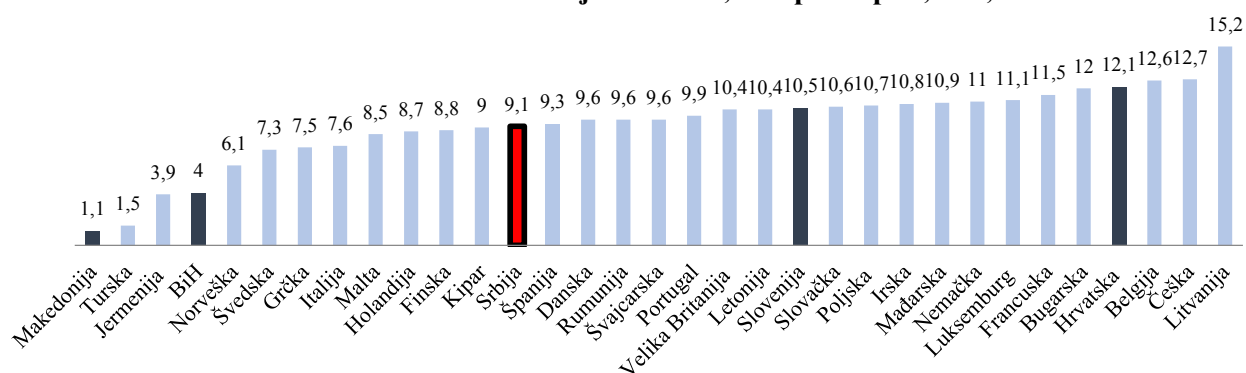
²⁹ Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2016., strana 110

Grafikon 7 - Udeo pušački aktivnog stanovništva u populaciji 15 godina i više, %, 2013



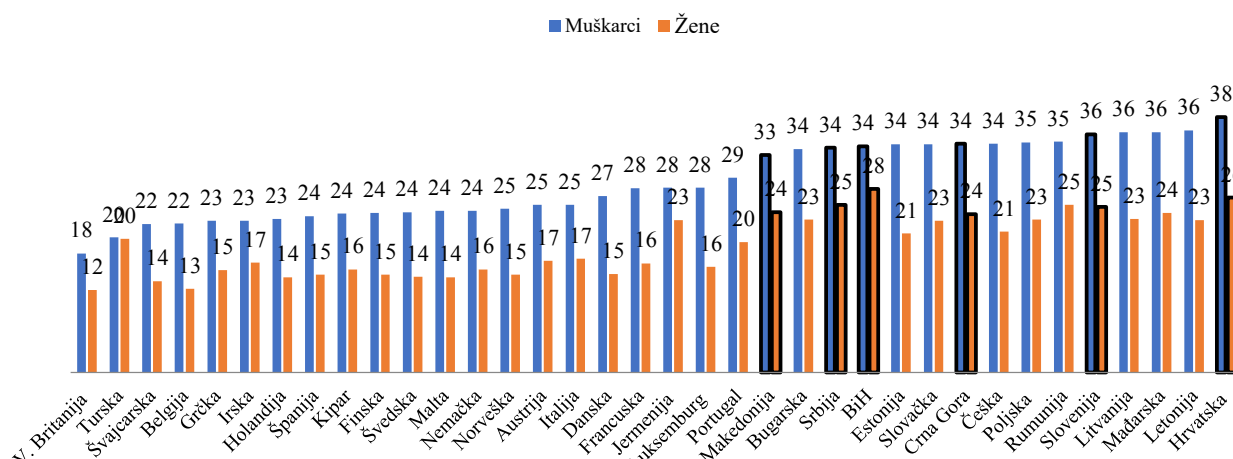
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 8 - Čista konzumacija alkohola, litri per capita, 15+, 2014



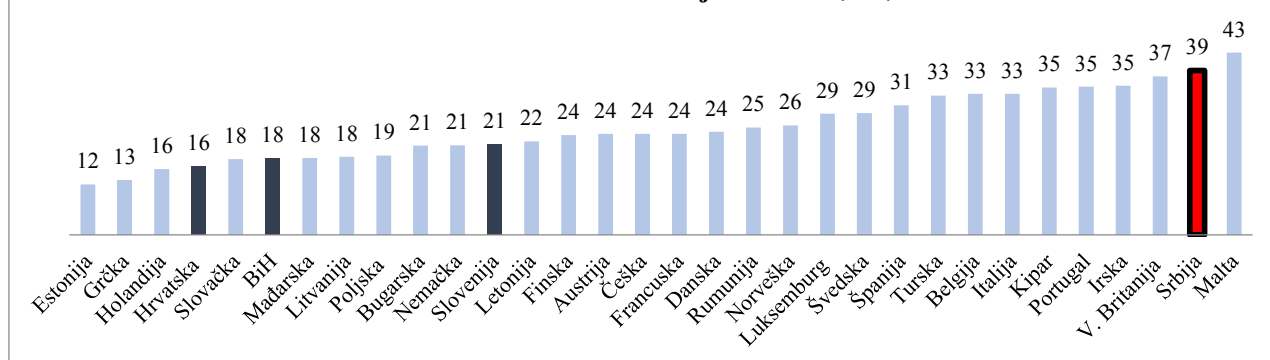
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 9 - Povišeni krvni pritisak, %, 2015



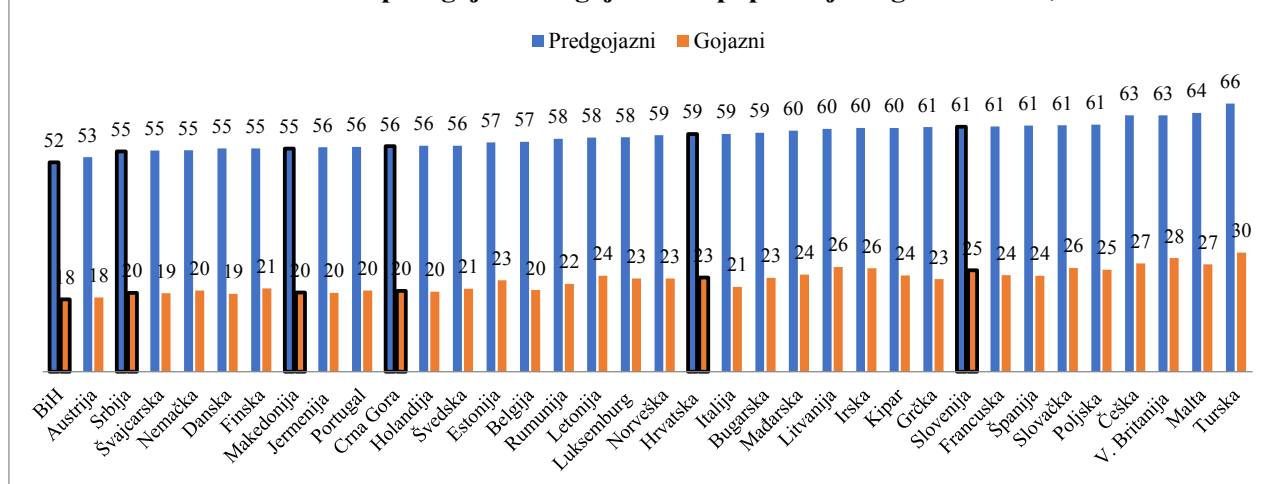
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, Global Health Observatory data repository. Dostupno na: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A875STANDARD?lang=en>

Grafikon 10 - Nedovoljno aktivni, %, 2010



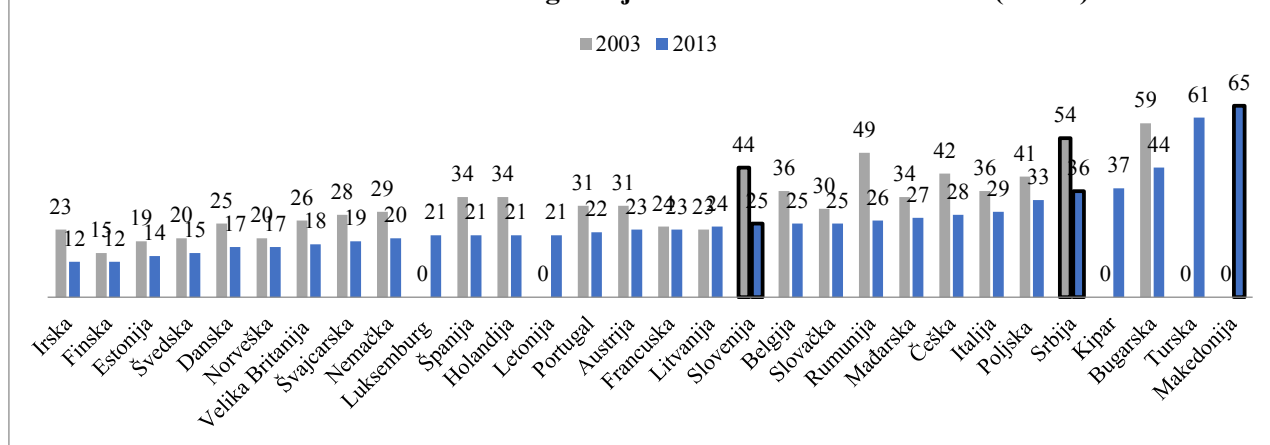
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, Global Health Observatory data repository. Dostupno na: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A893?lang=en>

Grafikon 11 - % predgojaznih i gojaznih u populaciji 15 godina i više, 2014



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 12 - Izloženost zagađenju vazduha sitnim česticama (PM10)



Izvor: Eurostat. dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

6. Procesni indikatori – kvalitet zdravstvene zaštite

U ovom odeljku usredsređujemo se na procesne indikatore – one kojima najdirektnije nastojimo da merimo da li sistem funkcioniše kvalitetno. Ovo su indikatori kojima se meri šta i kako se radi sa postojećim resursima, da bi se došlo do što boljih ishoda. Postoji mnoštvo podataka na osnovu kojih bi se proces pružanja zdravstvene zaštite u principu mogao detaljno pratiti. U svakom uređenom sistemu propisano je da se u zdravstvene kartone pacijenata i druge medicinske dokumente unosi obilje bitnih informacija, neophodnih radi kontinuiteta u lečenju i razumevanju zdravlja pojedinačnog korisnika, kao i radi omogućavanja ciljanog nadzora nad radom institucija i zdravstvenih radnika. Ipak, u Srbiji ovi podaci nisu još objedinjeni na način koji bi omogućavali njihovo zbirno praćenje, a podaci koje su zdravstvene ustanove dužne da izveštavaju radi sistemskog praćenja kvaliteta zdravstvene zaštite pate od ozbiljnih problema koje ih uglavnom čine neupotrebljivim bez ekspertskih korekcija i procena.

U narednom odeljku sistematično prolazimo kroz skup indikatora kvaliteta zdravstvene zaštite koje je OECD obradio za evropske zemlje, uključujući Srbiju. U 2016.g. OECD je Srbiju tom skupu priključio tamo gde su za Srbiju identifikovani uporedivi i upotrebljivi podaci. Takođe, izveštaj identifikuje Batutove podatke i u onim slučajevima gde on prikuplja slične ali neuporedive podatke, pruža pregled da li je takve podatke ipak korisno pratiti samo za Srbiju, radi ocenjivanja njene performanse kroz vreme. Pronalazimo da je praćenje performanse Srbije bez neposrednih dodatnih ekspertskih analiza moguće uglavnom samo na osnovu podataka o smrtnosti. Iako je po svojoj suštini ishodni indikator, smrtnost može jasno govoriti o kvalitetu zaštite kod onih uzroka za koje se zna da naročito zavise od kvaliteta zdravstvene zaštite ili prevencije, npr. u slučaju raka grlića materice, dojke i debelog creva.

6.1. Uporedni pokazatelji o kvalitetu zdravstvene zaštite

Kao što je pomenuto, u ovom razmatranju blisko pratimo OECD-ovo godišnje izdanje „Health at a Glance“³⁰ u kom pronalazimo najzaokruženiji napor da se uporedno, u međunarodnom kontekstu, ocene svi elementi zdravstvenih sistema (od ishoda do resursa, uključujući i kvalitet i efektivnost). Nažalost, OECD iz godine u godinu pokriva uglavnom samo svoje zemlje članice, ali je izdanje za 2016. godinu nastalo u saradnji sa Evropskom komisijom i prikazuje 28 država članica Evropske unije, 3 zemlje članice EFTA i 5 država kandidata za članstvo u EU – uključujući i Srbiju. Rad OECD-a zasniva se na bazama podataka kako samog OECD-a (koji ne prikuplja podatke za Srbiju, pošto nije članica) tako i Eurostata, koji uključuje podatke za Srbiju. Polazimo od pretpostavke da su oni podaci za Srbiju koje je OECD uključio u svoja poređenja dovoljno dobrog kvaliteta i da će i ubuduće biti moguće njihovo praćenje.

Od 19 grupa pokazatelja kvaliteta i efektivnosti zdravstvene zaštite koje OECD prati a koji se ne izvode iz smrtnosti (opisano niže u poglavlju), podaci za Srbiju prate se samo u 5 slučajeva: tri o vakcinacijama dece i starih i dva vezana za HIV i tuberkulozu. U slučaju tri indikatora Srbija prikuplja podatke, ali su očigledno veoma problematični – OECD ih ne uključuje i smatramo da ih ovakve kakvi su ne vredi pratiti. U slučaju četiri indikatora – o prepisivanju antibiotika, smrtnosti od infarkta i šloga u bolnicama (letalitet), kao i o bolnički uzrokovanim infekcijama, Batut prikuplja slične ali neuporedive (uglavnom detaljnije) podatke, za koje takođe smatramo da nisu dovoljno pouzdani za neposrednu upotrebu. Konačno, u 7 slučajeva, podaci za iste ili slične indikatore za Srbiju ne mogu da se nađu bez dodatnih istraživanja. **Na osnovu sprovedene analize, ne smatramo da je uputno koristiti nijedan od pokazatelja koje Batut prati a koji nije ušao u analizu**

³⁰ OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

OECD-a. Za praćenje korpe procesnih indikatora, raspoloživim indikatorima OECD-a dodajemo samo smrtnost od dijabetesa, i to kao zamenu za druge niže opisane podatke koji bi tačnije ciljali na problem kvaliteta zaštite, ali koji nisu raspoloživi.

U meri u kojoj je moguće zaključivati na osnovu ovako ograničenih podataka, **jasno je da u Srbiji najviše zakazuje preventivna zaštita kod nezaraznih bolesti**, a postoje i znaci popuštanja i kod tradicionalno snažne zaštite od infektivnih bolesti (zaštita slabi kod vakcinacija dece i praćenja HIV-a, a još uvek je snažna u slučaju tuberkuloze). **Da prevencija nezaraznih bolesti zakazuje, jasno je iz visoke stope smrtnosti od raka grlića materice i dojke koje OECD uključuje u svoje indikatore, a kod kojih Srbija ima, respektivno, treću najlošiju, i najlošiju, performansu među posmatranim zemljama. Visoka stopa smrtnosti od dijabetesa u Srbiji takođe upućuje na slabu preventivnu zaštitu, ali OECD tu prati neposredniji indikator procesa – stopu hospitalizacije, koja kod ove i još dve bolesti ne bi trebala da bude visoka ukoliko se bolesti adekvatno i na vreme tretiraju.** S druge strane, performansa Srbije je relativno bolja i donekle nedosledna onome na šta ukazuju krovni ishodni indikatori, kad je reč o dva pokazatelja OECD-a o „smrtnosti koja se mogla sprečiti“ (sprečiva i ispravljiva smrtnost), koji su još u razvoju. Potrebna je ekspertska analiza da se ovo objasni, ali verujemo da su u pitanju pokazatelji koji daju veću proporcionalnu težinu zdravstvenim intervencijama u akutnim situacijama – na primer kod srčanog infarkta i slično, u kojima nesumnjiva sposobnost srpske medicine da pruži visoko specijalističku zaštitu igra značajnu ulogu.

Spisak svih pokazatelja kvaliteta razmatranih u OECD-ovoj studiji prikazan je u Tabeli 3. U koloni „međunarodno praćenje“ prikazano je da li se taj pokazatelj za Srbiju može redovno pratiti u međunarodno uporedivom obliku – baze OECD-a, i/ili druge baze i od kada. Naredne dve kolone upućuje čitaoca na redni broj pod kojim se u Tabeli 4 može naći isti ili sličan podatak koji se zvanično prati u Srbiji. U Tabeli 4 prikazujemo izabrane pokazatelje kvaliteta zdravstvene zaštite koje Batut prati (bliže razmatrano u sledećem odeljku). Diskusiju predstavljamo redom kojim su i pokazatelji obrađeni u studiji.

Dva pokazatelja o smrtnosti koja se mogla izbeći su novi, krovni i pomalo eksperimentalni pokazatelji. Ovi pokazatelji predstavljaju napor da se kvalitet zdravstvene zaštite oceni na osnovu podataka o smrtnosti od niza vrlo specifičnih, usko definisanih, dijagnoza za koje se očekuje da je adekvatna sistematska intervencija mogla da odigra presudnu ulogu u sprečavanju smrti.³¹ **Stopa ispravljive smrtnosti** predstavlja smrtnost koja je mogla biti izbegnuta primenom optimalne zdravstvene nege. **Stopa sprečive smrtnosti** je širi pojam i obuhvata kako smrtnost koja se mogla sprečiti optimalnom zdravstvenom zaštitom, tako i smrtnost koja se mogla sprečiti odgovarajućom prevencijom. Na primer, izlečenje od raka pluća ni sa optimalnom terapijom ne može biti potpuno, ali se pored optimalne zaštite smrtnost može smanjiti i smanjenjem pušenja pa je ono uzeto u obzir. Takođe, sprečiva smrtnost uključuje uzroke kao što su neke nesreće i samoubistva. Slično kao i kod GIŽ-a, vodeći uzroci smrtnosti kod ovih pokazatelja su ishemijska bolest srca, cerebrovaskularne bolesti i rak pluća.

Za razliku od svih krovnih ishodnih pokazatelja, performansa Srbije kod ovih pokazatelja prevazilazi ne samo Bugarsku, Rumuniju i Letoniju, već i zemlje koje su značajnije ispred Srbije po pokazateljima ekonomskog razvoja. U pogledu stope ispravljive smrtnosti (234 na 100,000 stanovnika) Srbija je i ispred Mađarske i Slovačke, kao i Litvanije i Estonije (*Grafikon 13*), a u pogledu stope sprečive smrtnosti (274) ona je još i ispred Poljske i Hrvatske (a Bugarska izbija ispred Srbije – *Grafikon 14*). Ova razlika govori da je, kao što je očekivano, jedan deo slabije krovne performanse Srbije objašnjen razlikama u standardu života između ovih zemalja i Srbije, čiji se efekat ne može prevazići boljom zdravstvenom zaštitom. Drugim

³¹ Ovo su relativno novi pokazatelji koji još uvek evoluiraju. Prvi put se pojavljuju u izveštaju OECD za 2016.g. i već su od tad bitno revidirani u bazama podataka OECD-a.

rečima, govori o tome da je sama zdravstvena zaštita u Srbiji efektivnija od one u ovim zemljama. Ipak, ovo poređenje zahteva dublju analizu. S jedne strane, nije jasno da sve nabrojane zemlje imaju toliko bolji standard života od Srbije, a s druge, pitanje je koliko je ovakav indikator sposoban da meri efekat dobro organizovane preventivne zaštite. Verovatno je da po konstrukciji on ipak daju veću proporcionalnu težinu zdravstvenim intervencijama u akutnim situacijama, na primer kod srčanog infarkta ili šloga, u kojima je sposobnost medicine u Srbiji da pruži adekvatnu visoko specijalizovanu zaštitu nepobitna.

Nepotrebne hospitalizacije tiču se tri grupe bolesti – astma i hronične opstruktivne disajne i plućne bolesti, dijabetes i zastojna srčana insuficijencija – kod kojih se očekuje da adekvatna prethodna zdravstvena zaštita i preventiva uglavnom sprečavaju da do hospitalizacije uopšte dođe. Ovi pokazatelji se u Srbiji u ovom trenutku ne prate. Njihovo uvođenje bi morao biti visok prioritet s obzirom da relativno nedvosmisleno i lako mere kvalitet prevencije i zdravstvene zaštite u slučaju tri uzroka smrtnosti po kojima se Srbija ističe u odnosu na druge zemlje, i koji zajedno odnose mnoge živote. Verujemo da za njihovo praćenje postoje podaci koji se mogu lako prikupiti.³²

Razvijenije zemlje u koje Srbija spada i sa kojima se Srbija poredi pate od preteranog i olakog **propisivanja antibiotika**, te se visoke vrednosti za ovaj pokazatelj smatraju negativnim, a poznato je da je ovo naročito akutan problem u Srbiji i drugim bivšim jugoslovenskim zemljama. Srbija prati ovaj problem ali kroz pokazatelje koji nisu međunarodno uporedivi i čija je upotrebljivost sasvim upitna. Dok OECD prati ukupno propisivanje antibiotika po registrovanom korisniku, Srbija prati prepisivanje antibiotika (ili penicilina) kao prve terapije prilikom dve vrste oboljenja disajnih puteva (indikatori 7 i 11 u Tabeli 4), naravno, samo u državnim zdravstvenim ustanovama. Prepisani antibiotici u državnom sektoru samo su deo svih antibiotika koji se troše, a upitno je i koliko je pažljiv unos tako specifičnih podataka. **Umesto toga, Srbija bi trebalo da prati makar ukupnu potrošnju ili troškove na antibiotike (OECD to prati među pokazateljima resursa i dostupnosti), za šta je moguće izvršiti procenu na osnovu postojećih podataka.**

Smrtnost od srčanog udara, odnosno moždanog udara u 30 dana nakon prijema u bolnicu (standardizovani za starost) jasni su pokazatelji kvaliteta sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite za dva vodeća uzroka smrtnosti. U Srbiji se prate slični ali ipak neuporedivi indikatori, i to odvojeno za tri vrste ustanova sekundarne/tercijarne zaštite (a ne izračunava se sveobuhvatni)³³, (Tabela 4, pokazatelji 21-24), kao još i niz prpratnih pokazatelja³⁴. S obzirom na to da je reč o smrtnosti koja se uvek pažljivo registruje i o zdravstvenoj zaštiti čiji se lavovski deo, ako ne i u potpunosti, pruža u državnom sektoru, ovi pokazatelji u Tabeli 4 bi trebalo da budu relevantni i relativno pouzdani. **Ipak, nije jasno kako je moguće da ne odražavaju nikakav trend poboljšanja, tj. smanjenja stopa letaliteta po oba osnova u periodu 2011-2015. Ovi pokazatelji za većinu prikazanih zemalja uglavnom se značajno popravljaju u posmatranom periodu³⁵ i što je još važnije, ukupna smrtnost od ovih uzroka se u Srbiji (kao i u EU28) smanjivala za po 5% godišnje u ovom periodu.**

OECD prati **tri vrste pokazatelja za maligne tumore kod kojih pravovremeni preventivni pregledi igraju presudnu ulogu – rak grlića materice, rak dojke i rak debelog creva** (kolorektalni karcinom). Reč

³² OECD prikazuje broj bolničkih prijema sa primarnom dijagnozom neke od ovih bolesti za stanovništvo starije od 15 godina na 100,000 stanovnika.

³³ U oba slučaja, u Srbiji se prati smrtnost bolnica (letalitet) u odnosu na broj primljenih pacijenata bez ograničenja roka, što dovodi do potcenjivanja performanse Srbije u poređenju sa OECD zemljama, s obzirom na to da je prosečna dužina bolničkog lečenja kraća od 30 dana.

³⁴ Ovi pokazatelji dobar su primer kako zvanična statistika u Srbiji „gubi iz vida šumu zbog gledanja drveća“. Pokazatelji se prate za tipove ustanova bez njihovog integrisanja, kao i još nekoliko detaljnih indikatora: procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema pacijenta, procenat pacijenata kod kojih je izvršen ponovni prijem u koronarnu jedinicu (na intenzivnu negu), i procenat ponovnih hospitalizacija u roku od 30 dana od otpusta iz bolnice.

³⁵ Za srčani infarkt smanjenje u periodima 2003-2008. i 2008-2013. u proseku za prikazane zemlje iznosi 2,6 odnosno 2,2 procentna poena, a za moždani udar se očituje povećanje od 0,5 u 2003-2008. i smanjenje od 1,5 procentnih poena u 2008-2013.

je o procentima žena/muškaraca u odgovarajućem životnom dobu koji su podvrgnuti preventivnom pregledu u datoj godini, 5-godišnjim stopama preživljavanja od ovih bolesti i samim stopama smrtnosti. Za Srbiju su upotrebljivi samo podaci o smrtnosti, mada se prate i indikatori o preventivnoj zaštiti (*indikatori 13, 14 i 15 u Tabeli 4*) čiji je nivo toliko nizak da podaci ipak nisu verodostojni (iz razloga koje objašnjavamo u narednom odeljku). Ipak, za ocenu kvaliteta zdravstvene zaštite (prevencije) korisno je i samo praćenje smrtnosti od ovih oblika malignih tumora jer njihova izlečivost u velikoj meri zavisi od pravovremene dijagnoze. Među svim malignim tumorima najveći ubica je rak pluća, dok je rak debelog creva za muškarce drugi po redu (12% od ukupnog broja obolelih i 12% u umiranju od malignih rakova), a za žene treći po redu (9% od ukupnog broja obolelih i 11% u umiranju od malignih rakova). Kod žena je rak dojke drugi po redu (21,3% obolevanja od malignih rakova, a 18% u umiranju od malignih rakova)³⁶. Incidencija (stopa obolevanja) i smrtnost od raka grlića materice su mnogo niži jer se adekvatnom i vrlo pristupačnom preventivom – godišnjom analizom brisa – on zapravo vrlo uspešno sprečava.³⁷

Performansa Srbije kod raka dojke lošija je od svih zemalja u posmatranom skupu – 29 žena na 100 000 naspram 22 u proseku u EU28 – *Grafikon 16*). Visoka smrtnost od raka dojke karakteriše i druge bivše jugoslovenske zemlje. Ipak, u odnosu na mogućnosti, performansa Srbije je ipak najlošija kod raka grlića materice, sa stopom smrtnosti od 8 žena na 100 000 koja je dva puta viša nego prosek EU28 ili u odnosu na Hrvatsku, a skoro je trostruko viša nego u Makedoniji i sedmostruko viša nego u Italiji – najboljoj zemlji (lošije od Srbije su samo Rumunija i Letonija – *Grafikon 15*). Kad je reč o raku debelog creva, pak, prosečna smrtnost u EU28 slična je onoj od raka dojke (20 na 100 000 stanovnika) ali su varijacije među zemljama ipak veće, a „najlošiji đaci“ čine neočekivan skup – Mađarska, Slovačka, Hrvatska, a pre deceniju i Češka, Slovenija, pa i Danska i Norveška (*Grafikon 17*). Srbija, sa stopom smrtnosti od 24 na 100 000 stanovnika nalazi se ispred njih. S obzirom na neobično rangiranje zemalja po pitanju smrtnosti od ovog raka, verovatno je da kod o njega pored preventivne zaštite, veliku ulogu igraju i kultura/tradicija u tipu ishrane.

Iako bez dublje ekspertске analize nije moguće odrediti meru u kojoj na uporednu performansu zemalja za ove tri bolesti utiče kvalitet zdravstvene zaštite, a koliko faktori rizika i okruženja, nema sumnje da jačanje mera prevencije brzo i efikasno deluje na njihovo poboljšanje. Stoga ćemo ove tri stope smrtnosti svakako smatrati dobrim merama **napredovanja** kvaliteta i efektivnosti zdravstvene zaštite, naročito prevencije.

U oblasti **bezbednosti pacijenata**, OECD prati infekcije koje su povezane sa zdravstvenom zaštitom i podaci za Srbiju nisu uključeni, iako Batut prati više pokazatelja koji nisu striktno uporedivi (pokazatelji 25-27 u Tabeli 4). Problem sa ovim pokazateljima i globalno, a ne samo u Srbiji, je što je verodostojnost podataka veoma upitna pošto oni prilično direktno ukazuju na pojave koje, iako u izvesnoj meri neizbežne, direktno inkriminišu baš one koji o tim pojavama treba da izveštavaju. Da je tako, najbolje se vidi iz činjenice da je broj prijavljenih bolnički uzrokovanih infekcija značajno porastao u nordijskim zemljama otkad je merama javne politike u tim zemljama promenjena negativna konotacija koja ide uz njih. Stoga smatramo da ih ne vredi pratiti u dužem roku.

U Srbiji postoje uporedivi i upotrebljivi podaci o **vakcinaciji dece protiv difterije, tetanusa, velikog kašlja (DPT) i protiv malih boginja (Grafikoni 18 i 19)**. Srbija se nalazi pri dnu liste uporednih zemalja sa 93%, odnosno 86% obuhvatom dece do 1 godine života. Ovo su stope blizu granice prihvatljivog nivoa i imajući u vidu da je vakcinacija dece u Srbiji zakonska obaveza čak i ukoliko su roditelji protiv toga, obuhvati su relativno mali. U prilog ovome govori i skorašnji izveštaj o sprovedenoj vakcinaciji (imunizaciji) u Srbiji, u

³⁶ Podaci preuzeti iz Odabranih zdravstvenih pokazatelja za 2015 godinu, Batut

³⁷ Uobičajena praksa je analiza cervikalnog brisa svake treće godine uz jednostavan i jeftin test Papanicolaou. U slučaju pronalazjenja neželjenih promena, razvoj raka se eliminiše minornom hirurškom intervencijom. Danas i vakcinacija protiv HPV virusa može ozbiljno da smanji verovatnoću razvijanja raka.

kome stručnjaci za ovu oblast izražavaju izrazitu zabrinutost: „Zakonskim i podzakonskim propisima uređeni postupci u imunizaciji se delimično poštuju, uz **primećenu pasivnu ulogu nadležnih inspeksijskih službi**. Nizom postupaka koji dovode do problema u imunizaciji, kompromitovani su mesto i uloga epidemiologa u sistemu. Značajan broj dece predškolskog i školskog uzrasta ostaje nevakcinisan ili nepotpuno vakcinisan, čime se ozbiljno narušava kolektivni imunitet populacije. Ukoliko se predložene mere ne sprovedu, preći ponovno sporadično i/ili epidemijско javljanje nekih već davno zaboravljenih bolesti u našoj zemlji, kao posledica pada kvaliteta kolektivnog imuniteta populacije protiv određenih zaraznih bolesti, potom kontinuiranog kompromitovanja imunizacije u stručnoj, opštoj i roditeljskoj populaciji, narušavanja održivosti stanja zacrtanog u nacionalnim akcionim planovima.“³⁸ Takođe je zabrinjavajuće postojanje velikih regionalnih razlika u nivou imunizacije po okruzima u Srbiji. **Na primer, za DPT vakcinu obuhvat se kreće od 82% u nišavskom okrugu do 99% u mačvanskom.**

Udeo kasno- dijagnostikovanog HIV-a (% obolelih od side među novodijagnostifikovanim slučajevima HIV-a) pokazatelj je koji prati Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti, agencija EU (Batut prati druge pokazatelje, 28-29 u Tabeli 4). Kad se HIV aktivira, nastaje sida (sindrom stečene imunodeficijencije) –vidljivi oblik bolesti. Njegovo otkrivanje u tom kasnom stadijumu ukazuje na nedovoljnu prevenciju, koja je u ovom slučaju važna ne samo zato što je lečenje u ranijim fazama efektnije, već i zato što je verovatnoća širenja bolest daleko veća ukoliko njen nosilac ne zna da je oboleo. Redovna kontrola na HIV doprinosi tome da se on otkrije u ranijim fazama i time zaustavi kako napredovanje bolesti kod obolelog, tako i njeno širenje na zdravo stanovništvo. **Procenat kasno- dijagnostikovanih među obolelima u Srbiji je najviši u uzorku zemalja koje OECD prikazuje – 86% (Grafikon 20).** Pokazatelji za stopu smrtnosti i broj obolelih od HIV-a u Srbiji u ovom trenutku još uvek su relativno niski, ali s obzirom na kasnu dijagnostiku, to znači da je možda stvarni procenat mnogo veći, kao i da je verovatno da on brzo raste.

Novo dijagnoze multirezistentne tuberkuloze (tuberkuloza sa otpornošću bakterije na više lekova) takođe prati Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti – i taj procenat je u Srbiji veoma mali, ali su Makedonija, Slovenija i Hrvatska bolje od Srbije (Grafikon 21). U nacionalnim okvirima, Srbija ovaj podatak ne prati u ovom okviru, već kroz Batutovu bazu zdravstvenih pokazatelja pokazuje broj novoobolelih (indikator 30-31 u Tabeli 4).

6.2. Dublji pogled u Batutove podatke

*U ovom odeljku bliže razmatramo probleme u prikupljanju podataka o kvalitetu zdravstvene zaštite u Srbiji i razvijamo preporuke za ključne izmene koje resorno ministarstvo i Batut moraju uvesti u pristupu prikupljanju podataka. Smatramo da je dublje razmatranje uočenih slabosti u praćenju kvaliteta zdravstvene zaštite važno da bi se pokrenulo njihovo unapređenje na koristan način, tako i zbog toga što oni ukazuju na dublje probleme u sistemu zaštite. **Na primer, raspoloživi podaci o stopama preventivnih pregleda toliko su mali da upućuju na verovatnoću da se značajan deo tih pregleda vrši u privatnom sektoru, a prikupljeni podaci više govore o tome da državni sistem prosto ne vodi računa o tome da li se ti pregledi obavljaju nego o tome koliko su oni česti.***

Zaključak analize Batutovih podataka je da je neophodno: uključivanje privatne prakse u obuhvat podataka koji se prate; uvođenje sistematičnog nadzora nad kvalitetom podataka (ne nužno inspeksijskog, moguć je i saradnički, samo delom hijerarhijski odnos); ovlašćivanje i osposobljavanje Batuta za statističko korigovanje

³⁸ Institut za javno zdravlje Srbije. Centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Izveštaj o sprovedenoj imunizaciji na teritoriji Republike Srbije u 2011. godini. Beograd: IZJS 2012.

<http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Izvestaj%20o%20sprovedenoj%20imunizaciji%202011.pdf>

podataka; izmena paketa pokazatelja koji se prate – uz njihovo značajno pojednostavljevanje i usredsređivanje na najproblematičnije aspekte kvaliteta zdravstvene zaštite. Preporučene izmene neće se lako ni brzo ostvariti, čak i ako postoji odgovarajuća politička volja, jer u dobroj meri odražavaju dublje probleme kako u zdravstvenom sistemu, tako i u administrativnoj kulturi Srbije. **U međuvremenu, moguće je značajno unapređenje kapaciteta donosilaca odluka i javnosti da prate kvalitet zdravstvene zaštite izračunavanjem jednog broja pokazatelja za koje podaci sigurno već postoje ili ih je vrlo lako proceniti. U pitanju su: stopa nepotrebni hospitalizacija od tri bolesti (naročito dijabetesa), procena potrošnje antibiotika ili lekova, broj urađenih PAPA testova i mamografija (u državnim i privatnim institucijama).**

Srbija ima razvijen i sveobuhvatan institucionalni sistem za praćenje javnog zdravlja – od ulaganja do ishoda, kao i kvaliteta i efektivnosti zdravstvene zaštite. Njegova organizacija suštinski nije menjana iz vremena Jugoslavije: u centru sistema nalazi se „Batut“, zajedno sa mrežom od tri instituta (Novi Sad, Niš i Kragujevac) i 20 zavoda za javno zdravlje čija se teritorijalna nadležnost u dobroj meri poklapa sa okruzima. Kad je reč o podacima o kvalitetu i efektivnosti zdravstvene zaštite, Batut je odgovoran za prikupljanje skupa oko 270 indikatora propisanih Pravilnikom o pokazateljima kvaliteta zdravstvene zaštite, koji nije menjan od 2010. godine. Batut prikuplja još i jedan broj zdravstvenih pokazatelja koji se pokazuju korisnim iako se ne nalaze u Pravilniku i to preko baze koja je dostupna na njihovom sajtu.

Međutim, ima više **dubokih metodoloških problema koji suštinski obezvređuju ceo napor** koji Batut ulaže u praćenje indikatora kvaliteta zdravstvene zaštite:

Privatni sektor nije obuhvaćen podacima koji se prate, iako privatne ustanove podnose obimne izveštaje o radu. Konkretno, kod usluga u kojima privatni sektor igra značajnu ulogu, kao na primer kod primarne ginekološke zaštite, indikatori nisu dobri indikatori niti onoga što se dešava na nacionalnom nivou jer nedostaje informacija o značajnom delu pruženih usluga, niti onoga što se dešava samo u javnom sektoru – jer je struktura usluga koje se pružaju u javnom sektoru iskrivljena time što građani za javni sektor ostavljaju skuplje ili rizičnije procedure. **Konkretno, na primer, porazno bi bilo da je pokazatelj broj 14 iz Tabele 4 tačan, tj. da samo 15,6% žena svake godine obavlja ciljani pregled radi ranog otkrivanja raka grlića materice. Ipak, verujemo da je stopa ovih pregleda viša, ali da se oni u većoj meri obavljaju u privatnim ordinacijama.** Kod većeg dela sekundarne i tercijarne zaštite možemo očekivati da su pokazatelji javnog sektora relevantniji, ali sa razvojem privatnog sektora i to postaje sve manje tačno.

Proizvoljan i relativno liberalan izostanak izveštavanja različitih ustanova iz godine u godinu, znači kako da podaci ne odražavaju sektor zdravstva u potpunosti, tako i da njihov obuhvat varira iz godine u godinu. To znači da podaci nisu uporedivi kroz vreme, tj. ne mogu se izvoditi zaključci o dinamici i trendovima. Batut ne vrši nikakve korekcije koje bi mogle bitno uvećati uporedivost podataka kroz vreme.

Sam kvalitet izveštajnih podataka je upitan. Ovaj problem opterećuje zdravstvene sisteme u drugim zemljama: poznato je da su medicinski radnici svugde u svetu sve više opterećeni administrativnim poslom registracije, obrade i izveštavanja o različitim podacima – poslom koji, razumljivo, ne percipiraju kao svoj primarni zadatak. Pitanje je da li se događaji o kojima se izveštava beleže, i ako se beleže, da li se šifriraju ispravno. Vršenje posebnih provera kvaliteta podataka koje Batut sakuplja izvan je dometa ove studije. Međutim, dobro je poznato da bi kvalitet medicinskih podataka bio upotrebljiv, neophodno da svaki sistem zaštite javnog zdravlja u to ulaže sistematičan napor. S jedne strane, potrebne su edukacije i podsticaji, a s druge strane potrebno je i da se vrši stalna kontrola koja bi obeshrabrivala nekvalitetno izveštavanje. Takvih ulaganja u Srbiji nema, s mogućim izuzetkom kampanja koje povremeno prate međunarodno finansirane/motivisane programe ili projekte.

Propisan skup podataka je suviše obiman i granularan (tiče se malih, nepovezanih celina) – 270 pokazatelja veoma je veliki broj indikatora. Kao što diskusija u prethodnom odeljku ilustruje, „od drveća se ne vidi šuma“ zbog toga što se podaci posmatraju izdvojeno, a ne zbirno za različite podsisteme zdravstva, a ponekad i za veoma specifične usko definisane pojmove. Ovako veliki obim podataka nepotrebno opterećuje izveštače, što dodatno umanjuje verovatnoću da će podaci biti kvalitetno pripremljeni. Uprava u Srbiji, pa i u zdravstvu, često ne vodi računa o tome da izveštavanje košta izvestioce. To zapravo otežava umesto da pomogne u stvaranju makar približno adekvatne slike o sveukupnim procesima u zdravstvu.

U Tabeli 4 prikazani su **31 pojedinačni indikator i 22 grupe indikatora (ukupno 53 vrsta indikatora) koji su izabrani među Batutovim podacima po tome da li daju informaciju o kvalitetu zdravstvene zaštite (ili prevencije) na dovoljno sveobuhvatan i/ili tumačiv način**. Slični podaci prikupljaju se još i za uže populacije (deca, stare, studente) kao i za stomatološku zaštitu. Podatke prikazujemo za period od 2011-2015.g. kako bi se, pored nivoa, videla dinamika koju ti podaci odražavaju. Svi gorepomenuti problemi odražavaju se na ovim podacima: procenti pregleda ili broj procedura preventivne prirode (indikator i pod rednim brojem (1), (5), kombinacija (12) i (13), zatim (14), (15)) prosto su suviše mali da bi bio verodostojni; s obzirom da ne postoje zbirni podaci npr. za sekundarni i tercijerni nivo zaštite, nemoguće je izvoditi zaključke o trendovima; dinamika kod mnogih podataka teško može da se objasni stvarnim trendovima i verovatno je da se dobar deo varijacija iz godine u godinu objašnjava promenama u obuhvatu izveštajnih jedinica; **stope incidencije infekcija vezanih za bolničko lečenje/operativno mesto suviše su niske da bi bila verodostojne**. Niska verodostojnost ovih podataka naročito se vidi po tome što nema nikakvog trenda poboljšanja u stopi umiranja po prijemu u bolnice (letalitet) od infarkta i/ili šloga (indikator i od 21–24) a to su bolesti od kojih je u Srbiji (i drugim zemljama) ukupna smrtnost smanjivana za oko 5% godišnje u posmatranom periodu.

Zanimljivo je, pak, da se kod određenog broja indikatora pojavljuje skok u 2012. godini koji se može objasniti činjenicom da je u toj godini sprovedena kampanja za jačanje preventivnih procedura i njihovo bolje izveštavanje. Na primer, povećava se udeo registrovanih korisnika koji su iz bilo kog razloga posetili svog izabranog lekara sa 56,8% na 72,8%, kao i udeo registrovanih korisnika u čiji su zdravstveni karton ubeleženi vrednost krvnog pritiska, indeks telesne mase, pušački status i preporučeni saveti za zdravo ponašanje, sa 23,2% na 34,9%. Ovi udeli se kasnije ne smanjuju kod pomenutih podataka, u opštoj primarnoj zaštiti, **ali kod ginekološke zaštite, skok u procentu korisnica koje su upućene na mamografiju ili kod kojih je izvršen ciljani pregled radi ranog otkrivanja raka grlića materice, ipak se do 2015. vraća na nivo iz 2011. ili ispod njega**.

Iza sveukupne slabosti kvaliteta podataka kojima raspolažemo **stoji više suštinskih problema**. Prvi je **formalizam** u upravnom postupanju. Donosioci odluka u sistemu zdravstvene zaštite, (kao i u široj javnoj upravi), smatraju da je dovoljno da se propiše neki zahtev pa da je odgovornost za njegovu realizaciju prebačen na izvršioce. Takva očekivanja su nerealna i takvo postupanje služi za razvodnjavanje odgovornosti svih učesnika u sistemu: za donosiocima odluka se smatra da su svoj deo posla obavili, a za one koji treba operativno da ih sprovedu je razumljivo da nisu bili dobro pripremljeni. Tako npr. zaposleni u Batutu smatraju da nije u njihovoj ingerenciji da stavljaju kvalitet podataka koji dobijaju od specifičnih zdravstvenih ustanova pod znak pitanja jer „direktor ZU koja izveštava svojim potpisom garantuje za njih“.³⁹ Ipak, sasvim je besmisleno da Batut u svojoj obradi podataka koje dobija „ne vidi“ njihove nedostatke i ne vrši nikakve procene i korekcije kako bi oni bili upotrebljivi. Za kvalitetan rad operativnih organa potrebna su sistematična ulaganja, saradnja i nadzor od strane organa koji donose politike – kroz redovne obuke,

³⁹ Odgovornost za promovisanje kvaliteta podataka koje Batut obrađuje i kontrolu nad istim ne mora biti na Batutu – moguće je da ona bude, recimo, na Ministarstvu zdravlja. Ovo bi bila jedna od logičnih raspodela nadležnosti.

razvijanje metoda saradnje i motivisanja i redovnu kontrolu. Institucija koja usvaja politike – u ovom slučaju Ministarstvo zdravlja – treba blisko da saraduje sa institucijom koja proizvodi statističke pokazatelje, u ovom slučaju Batutom, a Batut koji objedinjava i obrađuje podatke za objavljivanje, treba blisko da saraduje sa proizvođačima podataka – regionalnim institutima za javno zdravlje, a oni sa ZU, obezbeđujući minimalne uslove da statistički pokazatelji budu dovoljno kvalitetni i obrađujući, tj. korigujući, na osnovu svog pristupa izvorima informacija, „sirove podatke“ tako da oni daju relativno pouzdane i korisne informacije.

Nadalje, **potrebno je objedinjavanje celog posla i odgovornosti za proizvodnju podataka korisnih** za praćenje javne politike. U ovom slučaju, odgovoran bi mogao biti Batut, ali onda se odluka o podacima koji se izveštavaju ne bi donosila na nivou uredbe koju usvaja Vlada, pa čak ni ministar, već bi bilo normalno da specifične informacije traži (i dobija) sama institucija kojoj je dodeljena ova odgovornost i da joj se dodele ovlašćenja i instrumenti potrebni za nadzor nad radom „nizvodnih“ organizacija. Na taj način bi odgovorna institucija (Batut u ovom slučaju) imala slobodu i mogućnost da iz godine u godinu usavršava metodologiju i unapređuje kvalitet svog proizvoda, kroz, između ostalog, redefinisane spiska zahteva i obučavanje i saradnju sa institucijama nizvodno u lancu proizvodnje podataka. Na taj način bi i svrha rada institucije – proizvodnja korisnih podataka i odgovornost za iste postala nesporna.

I konačno, u ovom trenutku postoji **začarani krug** koji se mora preseći: podaci se ne koriste ni u javnosti, ni od strane donosioca javnih politika – možda baš zato što nisu dovoljno kvalitetni, a to demotiviše proizvođače podataka da ih adekvatno pripremaju i obrađuju. U toku je jedan prazan hod i nepotrebno rasipanje resursa koji se ne smeju nikako preusmeriti, već se moraju valjano upotrebiti. Izveštajima kao što je ovaj i insistiranjem na dijalogu u javnosti, građani mogu doprineti motivaciji onih koji prikupljaju podatke i unapređenju kvaliteta podataka.

Tabela 3 – OECD-ovi indikatori za praćenje efektivnosti i kvaliteta zdravstvene zaštite

Izabrani OECD Indikatori	Poželjno st (-) (+)	Međunarodno praćenje			Zvanično praćenje u Srbiji - Tabela xxx	
		Srbija najraniji podatak	Srbija poslednji podatak	Drugo	Tačan pokazatelj	Sličan pokazatelj
Efektivnost i kvalitet zdravstvene zaštite						
Smrtnost koja se mogla izbeći	+	2011	2014	Eurostat baza		
• Stopa ispravljive smrtnosti						
• Stopa sprečive smrtnosti						
Hospitalizacije koje se mogu izbeći:	-	/	/	/	/	/
• Stopa hospitalizacije usled astme i COPD						
• Stopa hospitalizacije usled dijabetesa (u 2015 verziji OECD)						
• Stopa hospitalizacije usled zastoje srčane insuficijencije						
Ukupno prepisani antibiotici	-					
Smrtnost posle srčanog udara (akutnog infarkta miokarda) - 30 dana od dana prijema u bolnicu		/	/	/		21, 22
Smrtnost posle moždanog udara 30 dana od dana prijema u bolnici		/	/	/		23, 24
Rak grlića materice (2008-2013)						
• preventivni pregled	+	/	/		14	
• stopa preživljavanja	+	/	/			
• smrtnost						
Rak dojke (2008-2013)						
• preventivni pregled	+	/	/		15	
• stopa preživljavanja	+	/	/			
• smrtnost						
Rak debelog creva (2008-2013)						
• stopa preživljavanja	+	/	/			
• smrtnost						
Infekcije povezane sa zdravstvenom zaštitom	-	/	/	/		25, 26, 27
Vakcinacija dece						
• Vakcinacije dece protiv difterije, tetanusa i velikog kašlja	+	i pre 2000.	2014	WHO/UNI CEF	9	
• Vakcinacije dece protiv malih boginja	+	i pre 2000.	2014	WHO/UNI CEF	10	
Vakcinacija protiv gripa za starije ljude	+	/	/	Eurostat	6	
Ishodi kasnog otkrivanja HIV-a i tuberkuloze						
• Procenat kasnodijagnostifikovanog HIVa	-	/	2014			28, 29
• Procenat novih slučajeva tuberkuloze sa uspešnim rezultatom posle 12 meseci	-	/	/			30, 31
• Procenjeni procenat prijavljenih novih slučajeva multirezistentne tuberkuloze	-	/	2014			

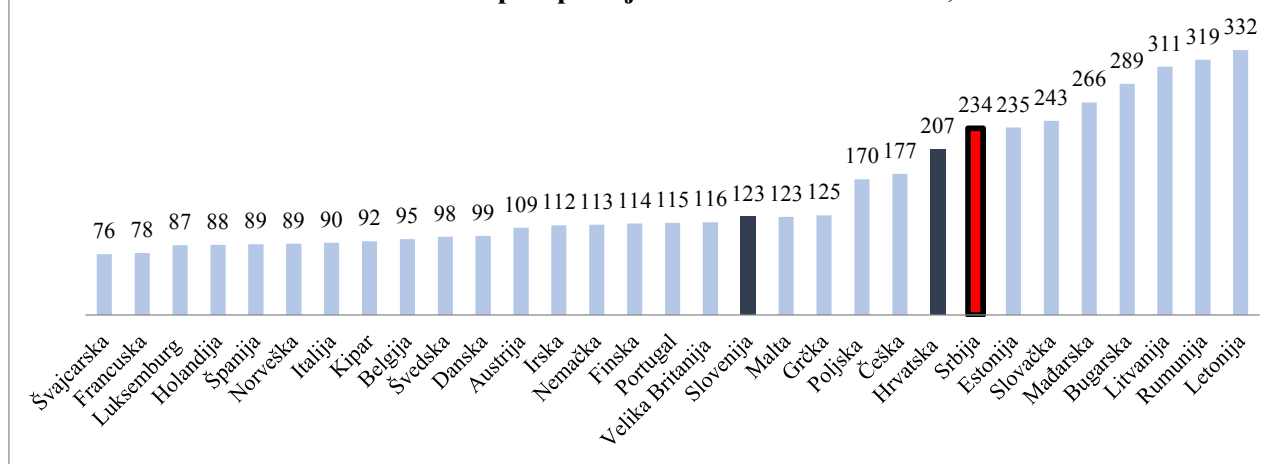
Izvor: Eurostat i OECD Health Statistics

Tabela 4 – Batutovi indikatori za praćenje kvaliteta rada zdravstvenih ustanova

		Godine posmatranja				
		2011	2012	2013	2014	2015
Primarni nivo zdravstvene delatnosti - opšta medicina						
1	Procenat registrovanih korisnika koji su iz bilo kog razloga posetili svog izabranog leka	56,8	72,8	70,1	64,6	70,9
2	Procenat preventivnih pregleda u ukupnom broju pregleda i poseta kod lekara	4,4	4,1	4,2	3,5	4
3	Obuhvat registrovanih korisnika starijih od 65 godina vakcinacijom protiv sezonskog gripa	12,8	11,7	14,7	13,2	14,5
4	Procenat obolelih od povišenog krvnog pritiska (I10-I15) kod kojih je na poslednjem kontrolnom pregledu, vrednost krvnog pritiska bila niža od 140/90	49,3	48,7	46,1	47,7	53,0
5	Procenat registrovanih korisnika u čiji je zdravstveni karton ubeležena vrednost krvnog pritiska, indeks telesne mase - ITM, pušački status i preporučeni saveti za zdravo ponašanje	23,2	34,9	37,1	35,4	37,0
6	Procenat registrovanih korisnika starijih od 50 godina kojima je urađen test na krvavljenje u stolici (hemokult test)	4,7	6	5,8	5,1	5,3
7	Procenat epizoda sa tonzilofaringitisom (J02, J03) kod kojih je kao prva terapija ordinirana terapija penicilinom.	27	29,2	28,9	28,1	28,2
Primarni nivo zdravstvene delatnosti - pedijatrija						
8	Obuhvat dece u 15. godini života kompletnom imunizacijom	82,2	89,5	92,1	92,4	77,8
9	% vakcinisane dece u prvoj godini života DTP **	97,5	95,9	96,9	95	
10	% vakcinisane dece u drugoj godini života MMR **	96,5	90,4	92,6	85,8	
11	Procenat epizoda sa akutnim infekcijama gornjih disajnih puteva (J00-J06) kod kojih je pri prvom pregledu propisan antibiotik	47,2	47,9	41,2	38	44,4
Primarni nivo zdravstvene delatnosti - Ginekologija						
12	Procenat registrovanih korisnica koje su iz bilo kog razloga posetile svog izabranog ginekologa	53,5	63,1	61,9	61,8	56,2
13	Procenat preventivnih pregleda u ukupnom broju pregleda kod ginekologa	43,8	45,6	44,6	45,2	43,7
14	Procenat korisnica od 25 do 69 godina starosti obuhvaćenih ciljanim pregledom radi ranog otkrivanje raka grlića materice	17,4	19,8	18,2	17,0	15,6
15	Procenat korisnica od 45 do 69 godina starosti koje su upućene na mamografiju od bilo kog izabranog ginekologa u poslednjih 12 meseci	16,5	20,8	12,0	12,5	12,4
16	Procenat porođaja obavljenih carskim rezom					
	Opšte bolnice	28,2	31,1	30,8	32,1	34
	Kliničko-bolnički centri / klinički centri	26,6	24,6	27,6	28,3	28,9
Sekundarni i tercijerni nivo zdravstvene delatnosti - pokazatelji za zdravstvenu ustanovu u celini						
17	Stopa letaliteta					
	Opšte bolnice	3,5	3,8	3,6	3,6	3,8
	Kliničko-bolnički centri	3,1	3,1	3,2	3,2	3,4
	Klinički centri	3,1	2,3	2,3	3,2	3,1
18	Procenat umrlih u toku prvih 48 sati od prijema					
	Opšte bolnice	32	32,2	31,4	30,7	30,9
	Kliničko-bolnički centri	29,4	28,8	29,3	25	30
	Klinički centri	31,3	31,7	26,5	25,6	26,8
19	Procenat obdukovanih					
	Opšte bolnice	13,6	9,3	9,2	11,4	9,9
	Kliničko-bolnički centri	14,4	15,3	15,2	14,7	14,8
	Klinički centri	21,2	20,1	20,4	20,6	27,1
20	Procenat podudarnosti kliničkih i obdukcionijskih dijagnoza					
	Opšte bolnice	87,8	81,4	84,3	91,9	67,2
	Kliničko-bolnički centri	81,1	72,5	85	74,5	59,4
	Klinički centri	81	70,9	77,1	91,5	74,7
Sekundarni i tercijerni nivo zdravstvene delatnosti - internističke grane medicine						
21	Stopa letaliteta od infarkta miokarda					
	Opšte bolnice	8,7	8,9	8,3	7,7	8
	Kliničko-bolnički centri	6	5,1	5,4	5,6	6,3
	Klinički centri	6,6	7,4	6,7	7,1	8,7

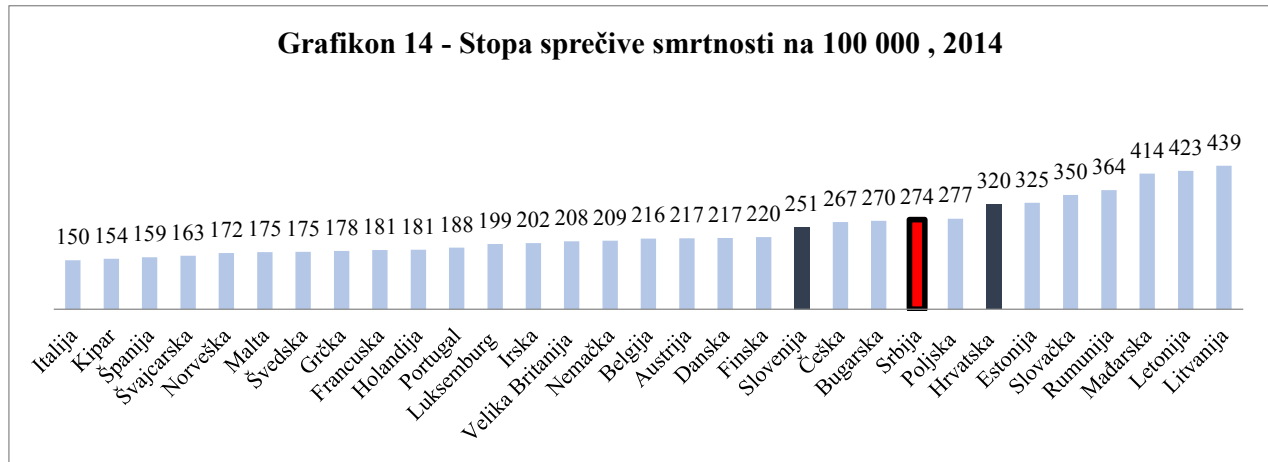
22	Procenat umrlih od infarkta miokarda u toku prvih 48 sati od prijema					
	Opšte bolnice					64,9
	Kliničko-bolnički centri	63,5	59,5	70,6	63,3	45,7
	Klinički centri	68,8	66	67,4	73	39,2
23	Stopa letaliteta od cerebrovaskularnog insulta					
	Opšte bolnice	20,6	18,6	19,8	22,8	21,2
	Kliničko-bolnički centri	23,8	19,5	16,4	16,7	18,4
	Klinički centri	20,2	23,2	22,1	17,6	22,4
24	Procenat umrlih od cerebrovaskularnog insulta u toku prvih 48 sati od prijema					
	Opšte bolnice					22,6
	Kliničko-bolnički centri	22,5	26,2	25,2	30,7	24,8
	Klinički centri	25,7	26,2	21,9	18,5	18,4
Bezbednost pacijenta						
25	Stopa pacijenata sa dekubitusima					
	Opšte bolnice	2,5	0,7	1,6	1,8	1,5
	Kliničko-bolnički centri	6,1	4,2	2,7	3,5	2,6
	Klinički centri	2,8	2,4	1,7	2,2	2,4
26	Stopa incidencije bolničkih infekcija na jedinici intenzivne nege zdravstvene ustanove					
	Opšte bolnice	1,2	1,4	1,1	1	0,8
	Kliničko-bolnički centri	2	1,8	1,7	2,9	1,2
	Klinički centri	2,3	2,8	2,6	2,3	2,6
27	Stopa incidencije infekcija operativnog mesta					
	Opšte bolnice	1,3	1,8	0,7	0,7	0,6
	Kliničko-bolnički centri	1,8	1,6	0,7	0,5	0,6
	Klinički centri	2	1,3	1,1	0,8	0,7
28	Broj novodijagnostifikovanih HIV infekcija na 100 000 **	1,7	1,8	2,1	1,8	
29	Broj novodijagnostifikovanih osoba obolelih od AIDS-a **	0,7	0,7	0,6	0,6	
30	Broj novoobolelih od tuberkuloze**	1388	1206	1124	1083	
31	Incidencija TBC na 100 000 **	19,1	16,8	15,7	15,2	

Grafikon 13 - Stopa ispravljive smrtnosti na 100 000, 2014



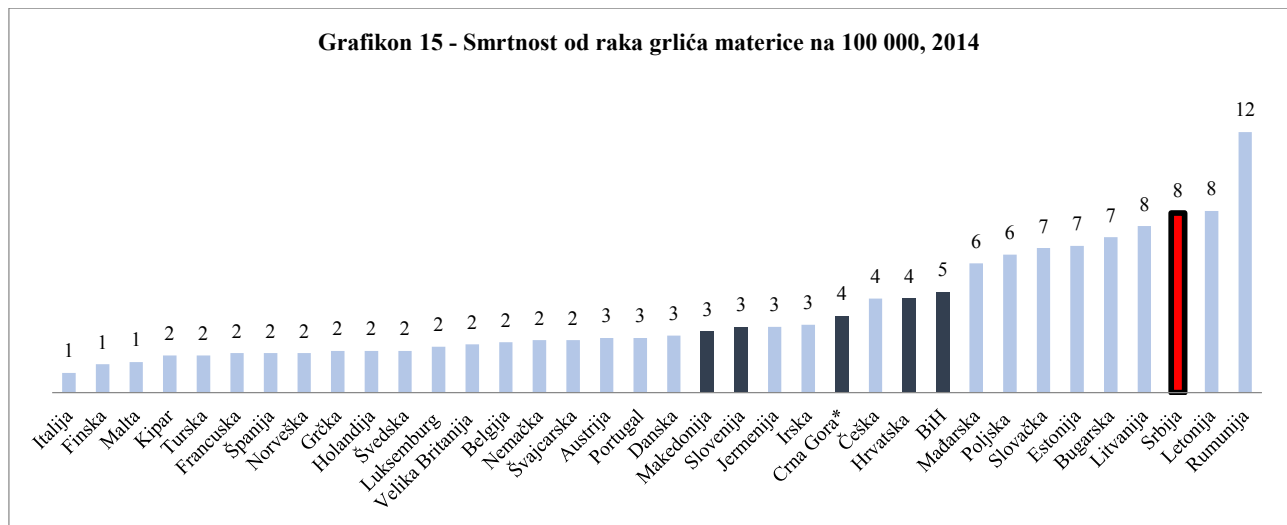
Izvor: Eurostat. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 14 - Stopa sprečive smrtnosti na 100 000 , 2014



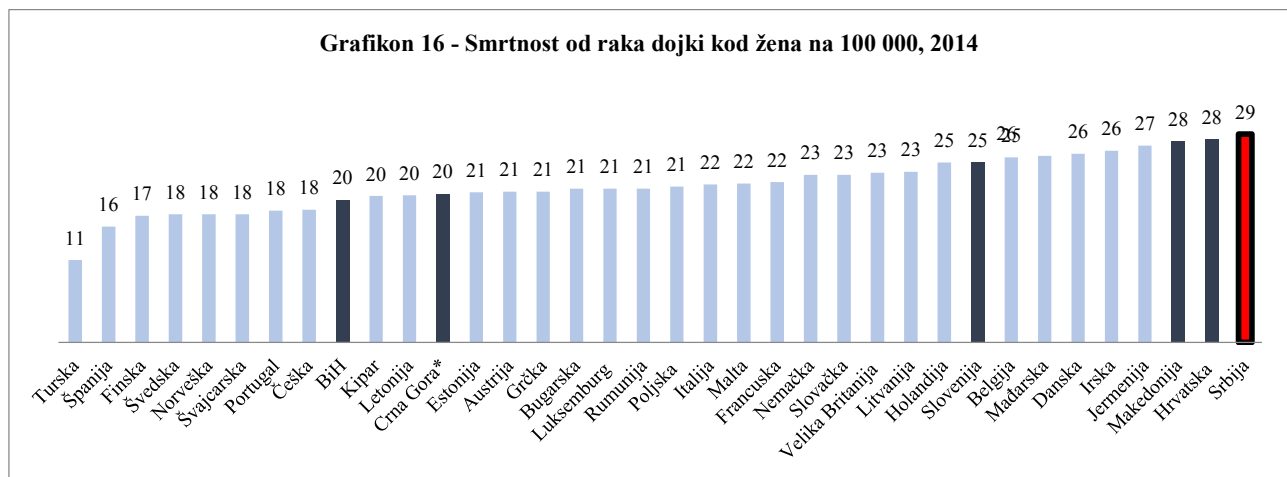
Izvor: Eurostat. dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 15 - Smrtnost od raka grlića materice na 100 000, 2014



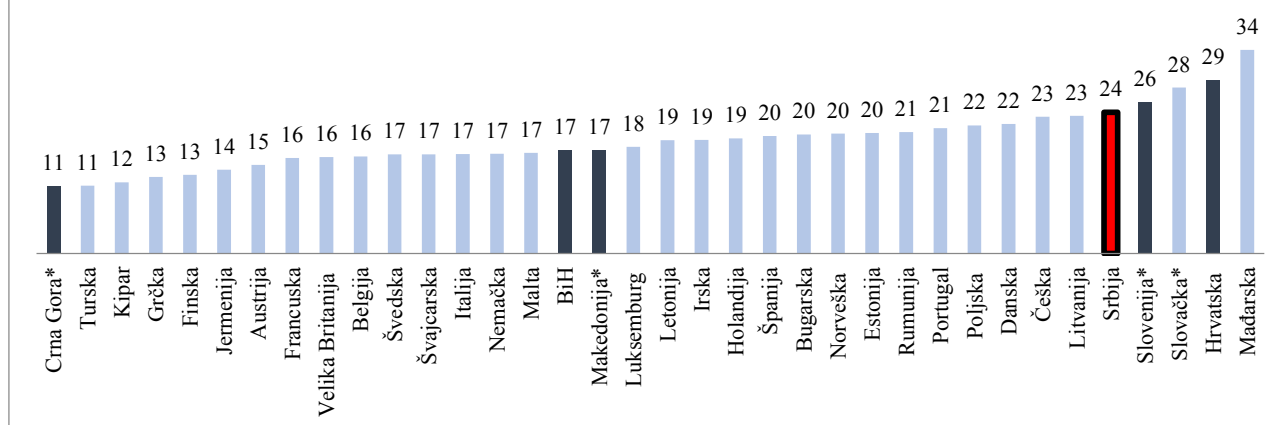
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
*Poslednji dostupan podatak

Grafikon 16 - Smrtnost od raka dojki kod žena na 100 000, 2014



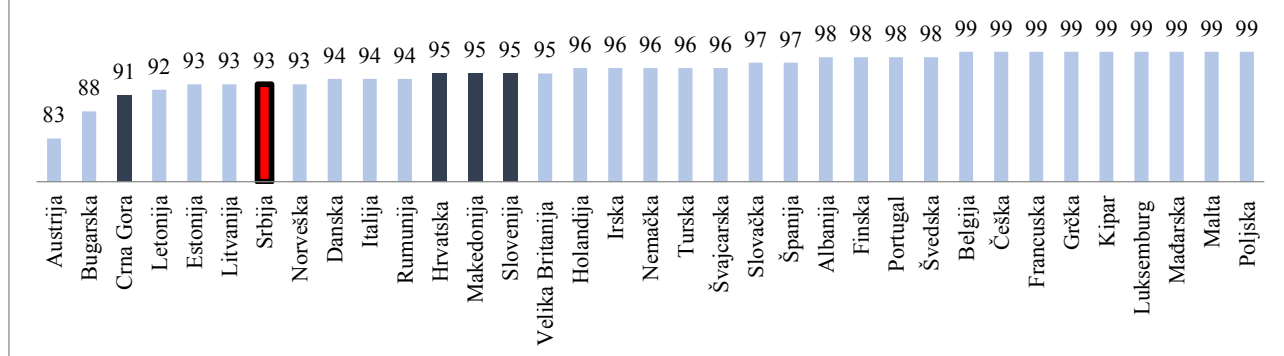
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
*Poslednji dostupan podatak

Grafikon 17 - Smrtnost od kolorektalnog raka na 100 000, 2013



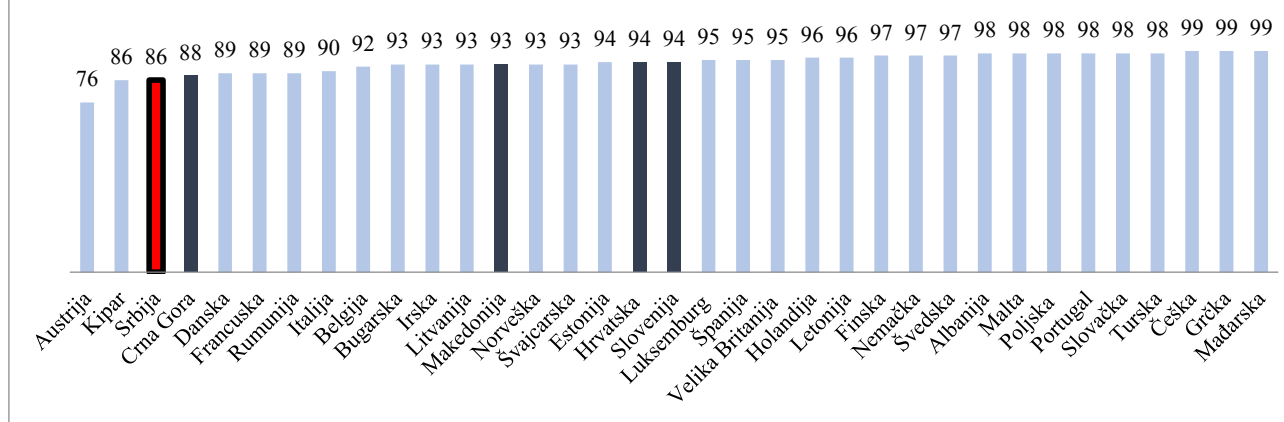
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>
*Poslednji dostupan podatak

Grafikon 18 - Vakcinacija protiv difterije, tetanusa i velikog kašlja, deca do 1 godine, %, 2014



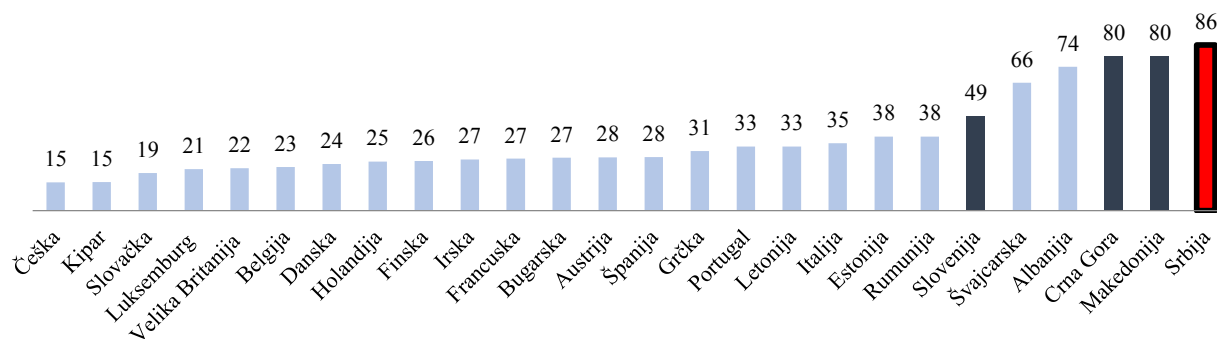
Izvor: Eurostat. dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 19 - Vakcinacija protiv malih boginja, deca do 1 godine, %, 2014



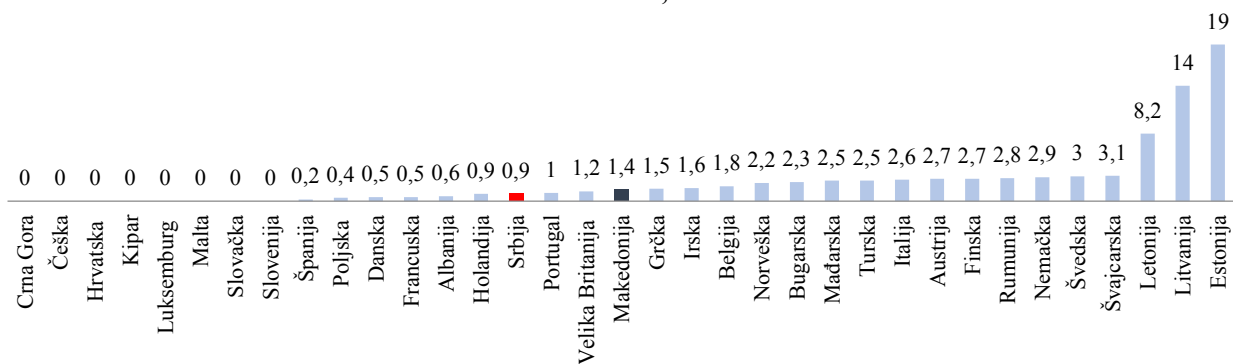
Izvor: Eurostat. dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 20 - % obolelih od SIDE među novodijagnostifikovnim HIV slučajevima, 2014



Izvor: Eurostat. dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 21 - Procenjeni % prijavljenih novih slučajeva multirezistentne tuberkuloze, 2014



Izvor: Eurostat. dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

7. Struktura resursa: obim, raspored, dostupnost i način usmeravanja resursa

U ovom poglavlju razmatramo pitanja nivoa izdvajanja i načina finansiranja zdravstvene zaštite u Srbiji: koliko su resursi sistema zdravstvene zaštite obimni, kako su raspoređeni, koliko se efikasno troše i da li su i koliko jednako dostupni svim građanima Srbije. U poslednjem odeljku dajemo i sažeto razmatranje kako sistem odlučuje o angažovanju različitih resursa u zdravstvu kroz vizuru njegovog finansiranja.

Iako se čini da je sistem zdravstvene zaštite Srbije u ozbiljnom nedostatku sredstava – zgrade su često oronule, plate nisu primerene odgovornosti i očekivanjima od posla, a izbor terapijskih procedura prečesto zavisi od toga koji materijali i lekovi su na trenutnom raspolaganju zdravstvenim ustanovama – na njega društvo kao celina zapravo troši značajna sredstva. Opremljenost ukupnog sistema zdravstvene zaštite medicinskim radnicima i bolničkim krevetima na više je nego zadovoljavajućem nivou, u sredini raspona koji vidimo kod evropskih zemalja. Iako, možda visoka za zemlje sličnih finansijskih mogućnosti, opremljenost sistema zdravstvene zaštite u Srbiji u skladu je sa bivšim jugoslovenskim nasleđem.

U ovom odeljku predstavimo i pokazatelje (o broju lekara po odgovarajućoj populaciji u okruzima, o prosečnoj dužini bolničkog lečenja, o ukupnom broju zaposlenih u zdravstvu) i ukazaćemo na okolnosti koje nesumnjivo ukazuju na to da se ovi resursi alociraju neravnomerno i troše neracionalno. To znači da su u određenim situacijama, ovi resursi često nedovoljni. U odeljku 6.3 ukazujemo i na jasne pokazatelje o visokom stepenu nejednakosti u dostupnosti zdravstvene zaštite u Srbiji, u poređenju sa evropskim zemljama.

Koji su ključni razlozi za neefikasnost i niži kvalitet sistema zdravstvene zaštite u Srbiji? Jedan od razloga tiče se strukture ukupno izdvojenog novca za tu oblast. Sredstva izdvojena za te namene su zbir, manjeg dela sredstava koje Srbija izdvaja iz javnih finansija (uglavnom kroz sistem obavezne zdravstvene zaštite) i neuobičajeno velikog izdvajanja koje dolazi neposredno „iz džepa“ građana. Relativno mala sredstva iz javnih fondova služe za održavanje infrastrukture državnog sistema (kako fizičke, tako i u broju zaposlenih), što po svemu sudeći dovodi do toga da su ona „tanko“ raspoređena i postižu manji efekat nego kada bi ulaganja bila jasnije prioritizovana.

U poslednjem odeljku zaključujemo da i ne postoji sistematsko usmeravanje resursa u sektoru zdravstva kao celini. Državni sektor vodi se po inerciji, uz manje ili više marginalne promene u dodeljenim resursima iz godine u godinu, dok se privatni sektor i plaćanje iz džepa građana razvijaju stihijski, kao finansijska dopuna državnom, u postupcima ili materijalu koji se najlakše prebacuju na privatni sektor.

7.1. Obim resursa

Obim resursa sa kojima raspolaže sistem zdravstvene zaštite posmatramo kroz tri finansijska pokazatelja (nominalno trošenje po glavi stanovnika, trošenje u paritetnim dolarima po glavi stanovnika i učešće ukupnih troškova u BDP-u). Potom prikazujemo pokazatelje o veličinama državnog i privatnog sektora, a zatim posmatramo opremljenost sistema medicinskim radnicima i bolničkim posteljama. U analizi finansijskih tokova u sistemu zdravstvene zaštite oslanjamo se na podatke iz Nacionalnih zdravstvenih računa Srbije (NZR) koji za sada omogućavaju samo grubu procenu ukupnog nivoa trošenja i kako se ovi troškovi finansiraju i još grublju procenu toga na šta se ona tačnije troše.⁴⁰ Nažalost, ovi pokazatelji suviše su grubi da

⁴⁰ Ovaj podatak je izveden iz dokumenta – „Analiza zdravstvenog sistema i potrošnje za zdravstvenu zaštitu na nacionalnom nivou u periodu od 2003 do 2015. godine.“ prim. doc. Milene Gajić Stevanović - gde su podaci dostupni do 2015.g. Drugi izvori ili CEVES-ove procene biće izričito navedeni. Za međunarodna poređenja podaci su uglavnom dostupni samo do 2014, a izvori su navedeni ispod tabela. Podaci se odnose na prihode, a ne na rashode, tj. troškove ustanova, ali je razlika između ove dve veličine vrlo mala, i podaci iz NZR ne dozvoljavaju njihovo jasno razgraničavanje. Stoga prihode koristimo kao približan pokazatelj troškova o kojima govorimo.

bi omogućili relativno jednostavna međunarodna poređenja u nizu aspekata. U međunarodnoj uporednoj analizi finansija i resursa, oslanjamo se na podatke SZO-a.

Ukupna sredstva potrošena na zdravstvenu zaštitu u Srbiji u 2015.g. iznosila su 380 milijardi dinara (Tabela 5), odnosno 492 \$ po glavi stanovnika. Pošto jedan dolar ili evro imaju različite kupovne moći u različitim zemljama, poređenje ovih troškova sa drugim zemljama uputnije je činiti u *dolarima paritetne kupovne moći*⁴¹. Na *Grafikonu 22* na sledećoj strani vidimo da Srbija troši 1312 u paritetnim dolarima – samo nešto manje od Hrvatske (1652 \$), Poljske i Bugarske, a više od ostatka Zapadnog Balkana. Od zemalja ovog regiona Albanija troši najmanje, samo 615 \$. Čak pet zemalja koje troše manje ili značajno manje od Srbije i za koje uglavnom možemo da očekujemo da imaju manje razvijena medicinska znanja od Srbije, imaju zapravo duže očekivano trajanje života (Turska, BiH, Crna Gora, Makedonija, i Albanija). Raspon ovako merenih troškova ipak je vrlo širok – dok Luksemburg i Švajcarska troše 6812 \$ i 6468 \$, Albanija i Jermenija troše skoro deset puta manje.

Uobičajeno i najrealnije je posmatrati **udeo trošenja na zdravstvo u BDP-u**, jer se na taj način uzimaju u obzir i razlike u cenama i razlike u mogućnostima različitih zemalja. Po tom merilu (*Grafikon 23*), izdvajanja Srbije još su značajnija (10,4%), u rangju sa bogatijim i razvijenijim zemljama koje su po pravilu u mogućnosti da izdvoje veći deo BDP-a na zdravstvo i „luksuze“ u okviru njega. I BiH među bivšim jugoslovenskim zemljama ima sličan, visoki nivo izdvajanja, dok su ostale zemlje u rasponu 9,2-6,4%. Na vrhu raspona su Švedska i Švajcarska sa blizu 12%, a na dnu su Turska i Jermenija, sa oko 5% svog BDP-a.

Za Srbiju je u procenjivanju raspoloživih zdravstvenih resursa uobičajena omaška da se kao ukupni resursi posmatraju zapravo samo resursi javnog sektora⁴². **To je gruba greška: više od jedne petine vrednosti svih medicinskih usluga i više od dve trećine lekova potrošenih u Srbiji obezbeđuje privatni sektor**⁴³. U Tabeli 5, na strani pružalaca usluga razlikujemo državne i privatne zdravstvene ustanove, kao i državne i privatne apoteke. Državne ustanove (bez apoteka) trošile su 196 milijardi dinara u 2015. godini, a privatne tri puta manje – 54, 9 milijardi plus 1,1 milijarda za ustanove u inostranstvu. Troškovi koji se ostvaruju kroz apoteke (127,9 milijardi) čine ostatak svih troškova i kao što je pomenuto, više od dve trećine istih otpada na privatni sektor. Pouzdane procene broja medicinskih radnika i sredstava u privatnom sektoru zahtevaju posebno istraživanje, ali je ocena „*Izveštaja o benčmarku zaposlenih u sistemu zdravstvene zaštite*“⁴⁴ da je **broj lekara u privatnoj praksi 2015. godine bio između 867 i 1560, što ukupan broj lekara uvećava za 4-7%**. Ovo uvećanje popravlja, ali ne menja suštinski, položaj Srbije kakav odražavaju prikazani podaci. Za ostale resurse u privatnom sektoru nemamo procene pa za bolnički ležajeve prikazujemo samo državne – jer su oni u privatnom još uvek izvesno relativno marginalni, a vrste opreme kao što su CT ili MRI ne prikazujemo podatke u javnom sektoru, jer smatramo da je moguće da oni bitno potcenjuju ukupno raspoloživa sredstva.⁴⁵

Uopšteno gledano, raspoloživost zdravstvenih resursa u Srbiji kreće se u srednjem rasponu u poređenju sa evropskim zemljama: više od zemalja kojima je slična po pokazateljima ekonomskog razvoja, ali niže od

⁴¹ Dolari paritetne kupovne moći su za svaku zemlju tako korigovani da slične korpe dobara u njima slično koštaju.

⁴² Tako i OECD (2016) prikazuje broj lekara, sestara, bolničkih postelja i aparata za MRI i CT skenere u javnom sektoru, kao da se tiču i privatnog i javnog sektora.

⁴³ Pri ocenjivanju/poređenju količina realno pruženih usluga, treba uzeti u obzir da su s jedne strane troškovi administriranja i upravljanja celim sistemom javnog zdravlja (Ministarstva zdravlja i instituta u njegovoj nadležnosti) ovde uključeni u vrednost usluga koje su pružile državne zdravstvene ustanove, a s druge strane da su cene po kojima se pružaju usluge u privatnom sektoru veće od onih u državnom. Videti i fusnotu 5 u Tabeli 5.

⁴⁴ <http://www.mduls.gov.rs/doc/dokumenta/ostala/Creation%20of%20Conditions%20for%20Organizational%20and%20Functional%20Restructuring%20within%20the%20Public%20Administration%20System%20in%20the%20Republic%20of%20Serbia%20-%20Benchmarking%20S.pdf>

⁴⁵ OECD (2016) uključuje podatke za Srbiju među ovim pokazateljima ali po svemu sudeći autori nisu informisani da se radi samo o sredstvima u javnom sektoru. U ovakvom poređenju Srbija je među najmanje opremljenim zemljama, a iskorišćenost aparata (broj pregleda po aparatu) je među srednje-nižim.

zemalja sa kojima je slična po izdvajanju na zdravlje iz BDP-a. U nastavku prikazujemo međunarodna poređenja na osnovu podataka SZO-a koja za Srbiju prikazuje samo resurse u državnom sektoru. Najkomotniji je broj bolničkih postelja, zatim lekara, a zatim medicinskih sestara. Čak i bez privatnih resursa, broj bolničkih postelja na 100,000 je nešto viši od proseka EU28, 552 naspram 508 na 100,000 stanovnika (grafikon nije prikazan).⁴⁶ Broj lekara nešto je niži od proseka EU28. U 2014. godini u javnom sektoru Srbija je imala 307 lekara i 634 medicinskih sestara na 100 000 stanovnika (*Grafikon 26 i 27*). Proporcija medicinskih radnika i stanovništva vrlo je slična onoj u Hrvatskoj, ali je kod lekara bitno viša od svih ostalih bivših jugoslovenskih zemalja, čak i Slovenije (koja koristi više medicinskih sestara). Prikupljanje informacija o ukupnom broju aparata za MRI i CT skenera, kao i o ukupnom broju obavljenih pregleda (iskorišćenosti), ne bi bilo teško a svakako bi mogli biti vrlo informativni indikatori o efikasnosti korišćenja sredstava u privatnom i državnom sektoru. Korisnici u Srbiji idu relativno često na doktorske konsultacije (7,8 puta godišnje po građaninu, u rasponu koji se inače kreće od 2,9–11,8 za izabranu grupu zemalja – podaci nisu prikazani u ovom tekstu).⁴⁷ Nažalost, nemamo informacije o kvalitetu tih konsultacija – verovatno je da se računaju brojne kratke posete vezane za sakupljanje uputa ili recepata.

7.2. Raspored resursa

Od posebnog interesovanja je da li su sredstva ravnomerno raspoređena na različite aspekte zdravstvene zaštite kao i teritorijalno. Ovo složeno pitanje u Srbiji zahteva i zaslužuje ciljanu, dublju, analizu, ali ovde upućujemo na neka nesporna zapažanja. Najjasniji i nedvosmisleniji su podaci o njihovom teritorijalnom rasporedu – u kom se iz podataka koji su relativno lako dostupni vidi značajna neujednačenost. Neposredni i lako tumačivi primeri su kod lekara specijalista pedijatrije, u zdravstvenoj zaštiti predškolske dece i kod specijalista ginekologije, u zdravstvenoj zaštiti žena^{48,49}. Broj dece po pedijatru kreće se od 363 u pčinjskom okrugu do 923 u južnobanatskom okrugu, a u proseku iznosi 658 u Srbiji (*Tabela 6*) dok se broj žena po ginekologu kreće od 3978 u pčinjskom okrugu do 10489 u zaječarskom a u proseku iznosi 6030 za Srbiju—u oba slučaja reč je o skoro trostruko većoj opterećenosti kod najopterećenijih u odnosu na najneopterećenije okruge.

Ovu neujednačenost možemo da izmerimo jednim sveobuhvatnim pokazateljem za svaki tip resursa: tzv. koeficijentom varijacije, koji pokazuje koliko je prosečno odstupanje okružnih pokazatelja od proseka za zemlju, u procentima. Tako, u poslednjem redu u Tabeli 6 vidimo da prosečno odstupanje u broju dece odgovarajućeg doba po pedijatru po okruzima iznosi 19% od 658 dece, dok je koeficijent varijacije za broj žena po ginekologu 22,6% (u odnosu na 6030). Ova dva koeficijenta varijacije su sličnih razmera, i zanimljivo je da se koeficijent varijacije u oba slučaja smanjuje ako posmatramo broj poseta po lekaru (na 14,7% odnosno 17,2%), ali ostaje značajan. To govori da razlike u rasporedu nisu objašnjene razlikama u tražnji za ovim uslugama. Na primer, moglo bi biti da u zaječarskom okrugu ima mnogo više privatnih lekara i da je broj pregleda koje svaki lekar vrši isti, bez obzira na razlike u populaciji žena. U tom slučaju bi koeficijent varijacije bio daleko bliži nuli. Slično je i sa lekarima opšte prakse. Na primer, procenat registrovanih korisnika koji su iz bilo kog razloga posetili svog izabranog lekara varira od 99% u

⁴⁶ Podaci su preuzeti iz baze Svetske zdravstvene organizacije, European Health for All Database, dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

⁴⁷ Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2016, strana 163

⁴⁸ Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Health and health status of children in Serbia and the desired Millennium Development Goals (Original research). SEEJPH 2015; DOI: 10.12908/SEEJPH-2014-47. <http://www.seejph.com/health-and-health-status-of-children-in-serbia-and-the-desired-millennium-development-goals/#more-1411>

⁴⁹ Bjegovic-Mikanovic V, Santric J. The Strategic and Legal Framework for Mother and Child Health in an Accession Country, the Republic of Serbia. Medical Law 2016; 1(17): 11-24. UDK: 346.548(497.11) Available at: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/texts/17_Bgekovich.pdf

podunavskom okrugu do 33,7 u nišavskom, a nišavski okrug je jedan od onih koji imaju najviši broj lekara (podaci nisu prikazani)⁵⁰.

Podaci o funkcionalnom rasporedu trošenja (na primarnu, sekundarnu i tercijarnu zaštitu) iz NZR-a suviše su grubi da bi se koristili u međunarodnim poređenjima pa nije moguće identifikovati indikatore za potrebe ovog paketa indikatora. Nemamo odgovor na pitanje da li su očigledni nedostaci u funkcionisanju preventivne zaštite posledica nedovoljnog ulaganja ili pogrešnog procesa i načina korišćenja tih sredstava. Zanimljivo je da *Izveštaj o benčmarkingu*⁵¹ sugeriše da je broj lekara opšte prakse i pedijatarata u zemlji daleko komotniji nego broj hirurga. Brojni su anegdotski izveštaji o tome da lekari specijalisti iz određenih manje opterećenih institucija sekundarne zaštite olako upućuju pacijente na uglednije i već opterećenije institucije u većim centrima. Ukoliko je to tačno, onda bi to značilo da postoji izričita neujednačenost u opterećenju određenih specijalističkih profila po određenim teritorijama. O neadekvatnoj strukturi institucija sekundarne i tercijerne zaštite govore i činjenice da ne postoje institucije za palijativnu negu. Za nesporno merenje adekvatnosti funkcionalne i specijalističke strukture resursa potrebno je i moguće razviti pokazatelje, ali to zahteva ciljanije istraživanje.

U ovom kontekstu, zanimljivo je poređenje dostupnosti tri različite medicinske (hirurške) procedure, koje pokazuje da neke medicinske procedure pružamo i više nego EU prosek, a neke daleko ispod. **Sa 267 koronarnih revaskularizacija (pomoću bajpasa ili koronarne angioplastike) godišnje na 100 000 stanovnika (Grafikon 30), Srbija se nalazi iznad EU proseka. S druge strane, samo 115 ljudi u 100 000 zamenjuje kuk u državnom sektoru Srbije (u poređenju sa prosekom EU koji je 189), a samo 21 građana od 100,000 zamenjuje koleno u državnom sektoru, u poređenju sa EU prosekom koji je 130 (Grafikoni 31 i 32)**⁵².

Ovo poređenje moramo pažljivo da činimo pošto su kardiovaskularne procedure kritične po život, a zamena kuka i kolena nisu. Ipak, moguće je da je ova diskrepanca previsoka. Usudujemo se da primetimo da podaci prikazani na prethodnim stranama ostavljaju utisak jedne moguće pristrasnosti sistema ka sofisticiranim kardiovaskularnim procedurama, naspram, na primer ulaganja u preventivu i zdrav ili bar funkcionalan život građana (moguće i na račun odgovarajućeg ulaganja u preventivu drugih uzroka smrti i obolevanja). Zanimljivo je da ako postoji, tu pristrasnost možda delimo sa Hrvatskom, koja je treća, iza samo Nemačke i Austrije po broju kardiovaskularnih procedura. Zanimljivo bi bilo videti broj kardiologa a naročito kardio-hirurga na 100 000 stanovniku u poređenju sa drugim zemljama. Relativno visok broj medicinskih stručnjaka ovih profila bi potvrdilo tezu o ovoj pristrasnosti – i u tom slučaju se moglo smatrati kako njenom posledicom, tako i njenim uzrokom. I to pitanje zahteva dalje istraživanje.

7.3. Efikasnost upotrebe resursa

Poređenje rezultata koje Srbija postiže u zdravlju (u začelju grupe evropskih zemalja koje posmatramo), sa opremljenošću sistema (u sredini raspona) i nivoom godišnje potrošnje na zdravstveni sistem (u vrhu evropskih zemalja), nesumnjivo govori o tome da Srbija ima problem sa efikasnošću upotrebe resursa u zdravstvenoj zaštiti – tim pre što ni zemlje sa kojima se poredimo u velikom delu ne upotrebljavaju sredstva na najefikasniji način. O tome da postoji značajna neefikasnost, govori još nekoliko pokazatelja, koji su u celosti usmereni na zaposlene u sektoru. Nažalost, po pitanju upotrebe lekova koji sasvim sigurno odgovaraju za značajan deo neefikasnosti sistema nismo naišli na neposredno upotrebljive podatke.

⁵⁰ Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2015. godini, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2016, strana 9.

⁵¹ Report on Benchmarking the Staffing Levels of the Health Care Sub-system, Beograd, 2015.

⁵² Nemamo informacija o tome koliki je broj operacija kuka i kolena koje se sprovode u privatnom sektoru – ali polazimo od pretpostavke da on nije toliko velik da bitno utiče na ove rezultate s obzirom da se veoma složene hirurške procedure još uvek relativno ređe sprovode u privatnom sektoru.

Najpre, u meri u kojoj se resursi u zdravstvenom sistemu Srbije ne ulažu u prevenciju već u lečenje ili se u prevenciji i primarnoj zaštiti neadekvatno troše, bez odgovarajućih efekata – ozbiljno se umanjuje njegova efikasnost. Nesporno je da sredstva uložena u prevenciju donose višestruke uštede u odnosu na sredstva koja se moraju potrošiti na lečenje kad bolest jednom nastupi ili se razvije. Kao što smo rekli, o ovome nemamo adekvatne, lako merljive pokazatelje.

Drugi indikator neefikasnosti zdravstvenog sistema jeste visok ukupan broj zaposlenih u sektoru zdravstva, koji je 2014. godine bio na nivou uporedivom samo sa skandinavskim zemljama u Evropi.⁵³ U ovaj broj, pored već posmatranog medicinskog osoblja, ulaze i tehničko i pomoćno osoblje u zdravstvenim institucijama i svi zaposleni u institucijama javnog zdravlja pod nadležnošću ministarstva zdravlja. Nesporno je da je broj nemedicinskog osoblja u ovom periodu bio izrazito visok, mada je on od kraja 2013. g. do kraja 2016. g. u kontekstu mera štednje naročito oštro smanjen (za oko 15%).

I sam neujednačen raspored resursa smanjuje kako kvalitet tako i efikasnost njihove upotrebe. S jedne strane, tamo gde je izuzetno mali broj lekara na populaciju koju opslužuju, oni su preopterećeni i ne mogu svoj posao adekvatno da obavljaju – što umanjuje kvalitet zdravstvene zaštite. S druge strane, tamo gde je izuzetno veliki broj lekara za korisničku populaciju, očigledno dolazi do nedovoljne upotrebe, tj. rasipanja, ovih resursa kao što je nesumnjivo slučaj u, recimo, pčinjском okrugu. Međutim, u ovom drugom slučaju dolazi i do umanjavanja kvaliteta pružene nege usled nedovoljne prakse – što na osnovu anegdotskih izveštaja može da ima značajne efekte.

Još jedan znak neefikasne organizacije rada jeste oslanjanje na više kvalifikovane medicinske radnike za negu koju mogu da pruže i niže kvalifikovani zaposleni. Deo posla koji u Srbiji obavljaju lekari opšte prakse, u mnogim zdravstvenim sistemima obavljaju medicinski radnici nižih kvalifikacija od lekara, ali viših kvalifikacija od onih koji su priznati medicinskim sestrama. Slično tome, postoje pomoćni poslovi koje može obavljati pomoćno osoblje nižih kvalifikacija nego što je ono u zvanju medicinske sestre koje ih danas obavlja.

7.4. Dostupnost zaštite

Univerzalna zdravstvena zaštita – pravo svakog građanina da mu bude pružena potrebna zdravstvena usluga, bez obzira na materijalne uslove – u Srbiji je utkana u Ustav i verujemo, duboko prihvaćena vrednosna norma. Ipak, pokazatelji kojima raspolazemo – na osnovu SILC ankete EU, kao i mnoštvo anegdotskih izveštaja, sugerišu da se ona u značajnoj meri nejednako ostvaruje. Univerzalna zaštita se u principu ostvaruje kroz obavezno zdravstveno osiguranje, najpre svih zaposlenih, samozaposlenih i njihovih porodica, dok država obezbeđuje osiguranje penzionerima, nezaposlenima, izbeglicama i osetljivim grupama kao što su samohrani roditelji ili žrtve nasilja u porodici.

Važno je i da zakon predviđa da se nikom ne može odbiti zdravstvena usluga ko je životno ugrožen, pošto se društveni cilj univerzalnog obuhvata u praksi ne postiže lako. Ipak, i u uređenim zemljama često jedan broj građana ipak ostaje neosigurano. Dok je u naprednim evropskim zemljama taj broj u rasponu od 0-1% stanovništva, Srbiji broj osiguranika RFZO- a 3% je manji od procenjenog broja stanovnika u zemlji.⁵⁴

Ključno pitanje, međutim, je koliko je ono što zdravstvena knjižica pruža jednako dostupno svim korisnicima. Na osnovu anketnih podataka, Srbija je među evropskim zemljama sa izrazito neravnomerno

⁵³ „Moderna država – racionalna država. Koliko, kako i zašto“, Ministarstvo državne uprave i lokalne samouprave, Beograd, jun 2015.

⁵⁴ OECD (2016) prikazuje podatke o pokrivenosti zaštitom koje ne prikazujemo. U njima se Srbija, druge bivše jugoslovenske zemlje, kao i zemlje kao što su Litvanija i Letonija, pojavljuju sa 100% obuhvatom, što smatramo da nije tačno/kredibilno. Jedan broj novih članica EU pojavljuje se sa obuhvatom u rasponu od 85-95%.

raspoređenom dostupnošću zdravstvene zaštite. U redovnim ispitivanjima o primanjima i uslovima života (SILC) koja se sprovode u zemljama članicama i kandidatima EU, između ostalog postavlja se pitanje da li je građanin u protekloj godini imao potrebu za zdravstvenom ili stomatološkom negom (uslugom) koja nije zadovoljena, kao i zbog čega nije zadovoljena. Dok velika većina građana u većini zemalja odgovara negativno na ovo pitanje, u proseku 3,6 % građana u EU28 ipak kaže da su imali nezadovoljenih potreba iz razloga što je nega suviše skupa, geografski udaljena ili je čekanje na istu predugo (*Grafikon 29a*). „Nezadovoljena potreba za zdravstvenom negom“ može imati različita značenja u različitim kulturnim kontekstima, ali je indikativno da je u svim zemljama udeo građana sa nezadovoljenim potrebama viša kod građana sa nižim primanjima i da opada sa visinom primanja.

Srbija je jedna od zemalja sa najvećim udelom građana sa nezadovoljenim medicinskim potrebama 7,6% u 2014.⁵⁵ – iza nje su samo pet zemalja (Rumunija, Poljska, Grčka, Estonija i Letonija), dok je Hrvatska, sa sličnim sistemskim nasleđem, nešto ispod proseka EU 28 sa 3,3%. Po nejednakosti u dostupnosti zdravstvene zaštite koju posmatramo kao razliku između udela građana sa nezadovoljenim potrebama u najnižem i najvišem kvintilu primanja (20% građana sa najnižim primanjima i 20% sa najvišim primanjima), stojimo nešto bolje. 13% građana sa najnižim primanjima prijavljuje da je imalo nezadovoljene potrebe za medicinskom uslugom, dok ih je među građanima sa najvišim primanjima 4,1% - razlika između ova dva udela manja je nego u 5 zemalja, a u približnom rangu je sa Rumunijom i Bugarskom. Zanimljivo je da je broj ljudi koji prijavljuje nezadovoljene medicinske potrebe osetljiv na promene u ekonomskim okolnostima – rastao je u mnogo zemalja za vreme krize, sad se u većini njih smanjuje, ali i dalje raste, recimo, u Grčkoj.

Situacija je slična sa nezadovoljenim stomatološkim potrebama (*Grafikon 29b*), s tim što su u svim zemljama ti udeli i rasponi veći, jer po pravilu obavezno zdravstveno osiguranje pokriva manji deo troška stomatološkog lečenja.

7.5. Finansiranje sistema – raspoređivanje resursa: funkcionisanje i problemi

Smatramo da je podbacivanje rezultata koje vidimo u prethodnim podacima pre svega posledica neuređenosti i odsustva upravljanja zdravstvenim sistemom, a ne nedovoljnog znanja ili zalaganja pojedinaca u srpskoj medicinskoj struci. Sistem je izuzetno složen (opisan u kratkim crtama u *Aneks 1 – Sistem zdravstvene zaštite*) – što se verovatno može reći o većini zdravstvenih sistema – ali se u Srbiji njegovo faktičko funkcionisanje razlikuje od propisa i ono nije dovoljno istraženo. Ipak, da bismo krajnji izbor pokazatelja kvaliteta zdravlja usmerili u pravcu koji može podstaći njegovo unapređenje, neophodno je da ukažemo na ono što smatramo da su suštinski problemi, što ovde činimo kroz opisivanje finansiranja sistema, a naročito kroz osvetljavanje uloga javnog i privatnog sektora i finansiranja iz javnih i privatnih sredstava.

Danas se skoro svugde u svetu zdravstvena zaštita finansira kako iz javnih tako iz privatnih sredstava ali je Srbija neobična po tome koliko je velik deo koji građani plaćaju „iz džepa“⁵⁶. Dok je u Srbiji trošenje iz javnih sredstava u prosečnom/očekivanom rasponu (6,3% BDP-a), plaćanja iz džepa pokrivala su u 2015. godini čak 41,9% ukupnih troškova zdravstvene zaštite, odnosno 4% BDP-a što je jedna od najviših stopa u Evropi (malo je više samo na Kipru i u Švajcarskoj, *Grafikon 25*). Poređenja radi, prosek EU je 2,3%, a najmanje izdvajaju građani Luksemburga i Rumunije- oko 1,1% BDP- a. U Hrvatskoj ovo učešće iznosi 1,4% a u ostalim zemljama bivše Jugoslavije između 2.4-2.8% BDP- a.

⁵⁵ Podatak za Srbiju u 2014. g. je CEVES-ova procena izvedena kao prosek podataka za 2013. i za 2015. g.

⁵⁶ Termin „plaćanje iz džepa“ je uobičajen u literaturi i koristi se da bi se napravila razlika u odnosu na finansiranje javnog zdravstva, koje takođe plaćaju građani ali kroz poreze i doprinose za obavezno zdravstveno osiguranje. U daljem tekstu korišćemo ga bez navodnika.

Ovako visoka izdvajanja iz džepa građana u Srbiji nisu deo osmišljenog sistema – kao što je to slučaj u uređenijim zemljama- već nastaju kao korektiv, kompenzacija, za nedostatke u funkcionisanju državnog sistema. U zemljama sa univerzalnom zdravstvenom zaštitom, propisima se određuje koja zdravstvena usluga mora biti obezbeđena svakom građaninu i kako se ona finansira iz obaveznog zdravstvenog osiguranja – najčešće iz jednog ili više javnih fondova, ali moguće su i kombinacije sa privatnim fondovima. Koliki je deo sektora zdravstva u državnim a koliki u privatnim rukama takođe varira, ali po pravilu veći deo primarne zaštite pružaju privatni, porodični, lekari, a što su procedure sekundarne i tercijarne zaštite složenije, to je verovatnije da ih pruža državna ustanova. Na primer, u poznatom Britanskom nacionalnom zdravstvenom sistemu (NHS) koji se smatra primerom centralizovanog državnog sistema, NHS zapravo često angažuje privatne ordinacije za pružanje usluga primarne zaštite. Po pravilu, garantovana zaštita plaća se iz obaveznog osiguranja, bez obzira ko ju je pružio.

U tim sistemima plaćanja iz džepa najčešće nastaju kao razlika u troškovima lečenja koje privatni pružaoci usluga naplaćuju i troškova koje im javno osiguranje priznaje. Viši troškovi u privatnom sektoru, ukoliko su troškovi zaštite odgovarajuće procenjeni, obično označavaju veći stepen nepotrebnih usluga. Često je i postojanje participacije u redovnim, priznatim, troškovima lečenja – kako bi se podsticalo racionalno pristupanje lečenju od strane korisnika. Ipak, po pravilu, obavezno osiguranje pokriva 100% troškova preventivne zaštite i lavovski deo svakog drugog lečenja, a ukupni troškovi participacije koje korisnik može biti obavezan da plati ograničeni su kako ozbiljnije bolesti ne bi predstavljale i njegovo finansijsko uništenje.

U Srbiji se iz javnih fondova privatne usluge ne pokrivaju. Pored toga što plaćaju participaciju za zdravstvene usluge u državnom sektoru i lekove na listi koju pokriva RFZO, kao i lekove i materijal koji nisu pokriveni osiguranjem⁵⁷ (89,7 milijardi dinara), građani Srbije iz džepa plaćaju i sve usluge/materijal u privatnim ordinacijama ili laboratorijama (54,9 milijardi dinara)⁵⁸ bez obzira da li je u pitanju nega na koju građani imaju besplatno pravo kad je pruža državni sektor. Takođe iz džepa, građani plaćaju i usluge koje državni sektor prodaje na tržištu⁵⁹, kao što je čest slučaj sa stomatološkom zaštitom ili uslugama za civilna lica na Vojno medicinskoj akademiji. Mali ali rastući deo privatnih troškova iz džepa građana plaća se kroz privatno osiguranje. Iz javnih sredstava se, pak, pokriva samo oko 58.1% ukupnih troškova zdravlja i oni skoro isključivo služe za finansiranje rada i materijala u državnim ustanovama (92,5% njihovih ukupnih troškova) kao i troškova lekova na listi pokrivenih lekova, bez obzira na to da li ih je prodala državna ili privatna apoteka. Javni izvori napajaju se uglavnom, ali ne isključivo, iz doprinosa za zdravstveno osiguranje RFZO-a, a državne ustanove na primer obezbeđuju resurse i kroz usluge koje prodaju na tržištu.

Kao što je poznato, učešće građana u pokrivanju troškova zdravstvene zaštite razvilo se naglo i haotično tokom 1990- tih godina – kad je urušavanje javnih finansija nateralo kako zaposlene i sistem, tako i korisnike – na „snalaženje“. Tada je počela praksa da se u državnim ustanovama troši materijal koji su građani nabavljali privatno – mimo svakog propisa, ali neizbežna i masovno tolerisana pojava. Samo malo kasnije, u skladu sa tranzicionim promenama, počeo je i razvoj privatne medicinske prakse kao stranog tela, formalno potpuno nepovezanog sa državnim sistemom, ali u praksi blisko komplementarnom. Privatnim laboratorijskim testovima i pregledima korisnici su kako tada, tako i danas, pribegavali onda kad državni sistem prosto nije bio u stanju da pruži celinu odgovarajuće nege, bilo zbog nedostatka odgovarajućih materijala ili predugih lista čekanja. Privatnom lečenju danas pribegavaju i imućniji građani da bi izbegli složene procedure i veliki utrošak vremena u državnom sistemu kao i da bi dobili više pažnje.

⁵⁷ Ne raspoložemo podacima o tome koje su vrednosti ovih komponenti.

⁵⁸ U Srbiji se samo minorni deo javnih sredstava koristi za kompenzovanje usluga pruženih u privatnom sektoru (hiperbarične komore i operacije katarakta u perspektivi) ali to NZR ne uspevaju da zabeleže.

⁵⁹ Ovaj iznos uključuje i komercijalne delatnosti ZU kao što je izdavanje prostora, koje same po sebi nisu zdravstvene usluge, ali služe da se zdravstvene usluge koje pruža javni sektor subvencioniraju.

Mada je od kraja 90-tih prostor nelegalne ili sive zone u postupanju značajno smanjen, deo troškova koji je tada prebačen na privatne džepove povećan je. Prema NZR-u, 2003. iz džepa je pokriveno 29.1% ukupnih troškova zdravstvene zaštite. Od tada je taj udeo povećan skoro tačno za iznos sredstava koji se u to vreme obezbeđivao iz donacija, a koje su u međuvremenu skoro nestale. Troškovi budžeta, u paritetu kupovne moći BDP-a, ostali su nepromenjeni.

Sedamnaest godina po završetku haotičnih 90-tih, sistem finansiranja zdravstvene zaštite više liči na legalizovano „snalaženje“ nego na uređeni sistem. Strateški, višegodišnji, planski dokument ne postoji, a sve odluke donose se na osnovu informacija koje pokrivaju samo državni sektor i odnose se uglavnom samo na isti⁶⁰. Privatni sektor i dalje je strano telo. (Videti Aneks 1 – Sistem zdravstvene zaštite.) Nadležnosti u zdravstvu podeljene su među brojnim akterima, te je teško ukazati ko je u krajnjoj instanci odgovoran za usmeravanje resursa, a ko za njihovo domaćinsko trošenje. Kod primarne zaštite (domovi zdravlja), nadležnost nominalno leži na lokalnim vlastima, ali je faktičko odlučivanje pod značajnim, možda i pretežnim, uticajem Republike. Jedinice lokalnih samouprava (JLS) finansiraju održavanje njene infrastrukture, kao i dopunsko osoblje ili nedostajuća materijalna sredstva kad, navodno privremeno, RFZO ne može da obezbedi minimalne standarde. Međutim, finansiranje glavnice osoblja zavisi od RFZO-a, a Republika pored toga što detaljno propisuje kako JLS moraju da odlučuju o raspolaganju sredstvima, a zatim te propise arbitrarno primenjuje ili ne, može i da „pomogne“ u obezbeđivanju sredstava za infrastrukturni razvoj. Direktore domova zdravlja postavlja JLS pod snažnim političkim uticajem ministra i ti direktori upravljaju budžetima čiji se različiti delovi – infrastruktura u koju je uložila Republika, infrastruktura u koju je uložila JLS, zaposleni ugovoreni sa Fondom, zaposleni za koje se ustanova „snašla“, materijal – kreću pod različitim logikama. Sekundarna i tercijarna zaštita su u nadležnosti pokrajina i/ili Republike i u njihovom slučaju nadležnost je podeljena pre svega između RFZO-a i Ministarstva zdravlja. Finansiranje zaposlenih i ostalih tekućih troškova (među kojima su troškovi medicinskog materijala naročito bitni) ugovara se sa RFZO-om i može biti potpomognuto iz sopstvenih prihoda.

De facto odlučivanje o usmeravanju finansijskih sredstava još je složenije pitanje, te bi za njegovo detaljnije opisivanje bilo potrebno zasebno istraživanje. (U Aneksu 1 – Sistem zdravstvene zaštite dati su uglavnom osnovni podaci o sistemu kakav je uređen propisima.) Ipak, nećemo pogrešiti ako kažemo da je ono prevashodno rezultat inercije: reč je o marginalnim promenama u alokacijama iz prethodnih godina pod uticajem složene regulative i političkih faktora. Ove promene kumuliraju se vremenom bez jasnog usmerenja, tako da angažovanje resursa u različitim ustanovama i na različitim teritorijama mogu značajno da se razlikuju čak i onda kad bi po logičnim merilima one morale biti slične.

Tako dolazimo do činjenice da struktura infrastrukturnog i organizacionog sistema u državnom zdravstvu koji je izgrađen pre više od pola veka nije dirnuta u prethodne dve decenije, a verovatno ni mnogo duže (Videti Aneks 1.) Dodavani su manji centri, dograđivani blokovi, vršene su organizacione promene u odnosu na centralizaciju/decentralizaciju odlučivanja i organizaciono spajanje/razdvajanje institucija koje su relativno malo promenile u praksi, ali suštinski struktura nije dirana, a ne znamo ni da je ijedna ustanova preimenjena ili zatvorena. U istih tih pola veka demografska slika zemlje i struktura obolevanja radikalno su se promenile, te je jasno da se sistem tome nije prilagođavao. Na primer, Srbija u državnom sektoru ima 103 bolnica, a ni jednu bolnicu za palijativnu negu – iako ima jednu od najstarijih populacija u Evropi, čije terminalno obolevanje sasvim sigurno značajno opterećuje i sistem i porodice korisnika.

⁶⁰ Bjegovic-Mikanovic V. McGuinn J, Petrovic D. Public Health Situation in Serbia, In: Food Safety and Public Health Situation in Serbia. Brussels: Policy Department, Economic and Scientific Policy, European Parliament 2013. 37-68.
[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/507487/IPOL-ENVI_NT\(2013\)507487_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/507487/IPOL-ENVI_NT(2013)507487_EN.pdf)

Sličnu inerciju zapažamo i kod odlučivanja o broju i profilu zaposlenih po ustanovama. Ustanove iz godine u godinu ugovaraju sa RFZO-om sredstva za angažovanje medicinskih i drugih radnika, kao i za tekuću materijalnu potrošnju, nominalno na osnovu normativa koje propisuje Ministarstvo zdravlja⁶¹. Međutim, ovi se normativi jednostavno ne poštuju. Kao što smo videli na primeru pedijataru i ginekologu, stvarni odnos od okruga do okruga može da varira i do tri puta, a u oba slučaja je prosečan broj angažovanih lekara na populaciju odgovarajućeg uzrasta za celu Srbiju bitno viši od propisanog normativima.⁶² **Odgovor na pitanje kako i zašto u sistemu koji ima tako ograničene resurse dolazi do tako grubog kršenja sopstvenih normativa zaslužuje ciljano istraživanje, ali je naša hipoteza da je reč o političkoj inerciji.** Jedna mogućnost je da se broj angažovanih medicinskih radnika po pravilu ne prilagođava smanjivanju broja stanovnika u okruzima sa negativnim demografskim kretanjima (a mora se povećati tamo gde broj stanovnika raste), a druga da broj zaposlenih medicinskih radnika odgovara političkoj moći povezanih interesnih grupa u određenim okruzima.

Opisana inercija objašnjava paradoks da uprkos trošenju značajnih sredstava, u većini konkretnih situacija zapaža se nedostatak sredstava. **Održavanje predimenzioniranog sistema nasleđenog iz prošlosti finansira se uglavnom iz javnih fondova koji su nedovoljni i pri tome se sredstva rasipaju.** Finansiranje iz džepa i privatni sektor razvijaju se u onome gde je tražnja od strane korisnika neelastična, a komplementarno pružanje usluge izvodljivo – na primer, u ciljanim specijalističkim i laboratorijskim proverama, ali ne i u oblastima kao što je održavanje infrastrukture ili primarna zaštita.

Visoko učešće finansiranja iz džepa nesumnjivo je povezano sa činjenicom da Srbija ima jednu od najviših stopa nezadovoljenih medicinskih potreba, ali ta veza ne mora biti jednoznačna. Građani bez dovoljno sredstava da plaćaju „korekcije“ u državnom sistemu ili bez jakih veza, moraju da prihvate duga čekanja i neadekvatne materijale, sve u svemu dobijajući bitno niži kvalitet nege. Zanimljivo je da Švajcarska ima najviše učešće finansiranja iz džepa i jednu od najnižih stopa nezadovoljenih potreba – što znači da je sistem u stanju da odgovori na potrebe građana sa ograničenim finansijskim sredstvima, bez obzira što od samih građana prikuplja značajna sredstva iz džepa – verovatno od imućnijih građana. Na Kipru, pak, visoka plaćanja iz džepa idu uz relativno visok stepen nezadovoljenih potreba (i čitavih 17% stanovnika neobuhvaćenih javnom zdravstvenom zaštitom).

Pomenimo još i to da je za efikasnost zdravstvene zaštite veoma bitna i efikasna organizacija rada na nivou pojedinih ZU-a, tj. da se njima mora upravljati i ekonomski a ne samo medicinski. Ne vidimo da se u zdravstvu Srbije o tome još uvek razmišlja. Planiranje upotrebe sredstava je u toj meri formalno u koracima i oslonjeno na prošlost, **da sistem aktivno kažnjava institucije koje u datoj godini ostvare uštede, tako što im u narednoj godini određuje manje sredstava.** Nismo upoznati da postoje bilo kakvi sistemski podsticaji za racionalno ili inovativno raspolaganje sredstvima. Takođe, poznato je da ustanovama rukovode medicinski stručnjaci, koji tu poziciju dobijaju kao priznanje za istaknuti stručni (medicinski) rad i kao način da dopune primanja. Iako je danas u svetu rukovođenje medicinskim organizacijama jedan od najsloženijih rukovodilačkih (menadžerskih) poslova, u Srbiji direktori ustanova taj posao po pravilu obavljaju samo delom svog radnog vremena – obavljajući lekarske poslove ostatak vremena – i bez profesionalne „menadžment“ podrške. Specijalizovani kadrovi za upravljanje u zdravstvu u Srbiji obučavaju se sporadično i angažuju vrlo retko na direktorskim pozicijama, iako je to moguće⁶³.

⁶¹ Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe, („Sl. glasnik RS“, br. 43/06, 112/2009 i 50/2010, 79/11, 10/12)

⁶² Prema normativima trebalo bi da dođe 850 dece uzrasta 0–6 godina na jednog lekara (25% više od stvarnog prosečnog odnosa) i 6500 žena starijih od 15 godina na jednog ginekologa (15% više od proseka).

⁶³ Bjegovic-Mikanovic V. Governance and management of health care institutions in Serbia: An overview of recent developments. Review article. SEEJPH 2016. posted: 17 February 2016. DOI 10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-94

Tabela 5 – Finansiranje i ukupna ulaganja

	Ukupno finansiranje	Ukupno javni izvori	Od toga RFZO 1/	Ukupno privatni izvori	Participacija i iz džepa u apotekama 2/	Usluge na tržištu	Privatno osiguranje i donacije 3/
Državne zdravstvene ustanove	196,094	181,416	168,861	14,677	4,660	9,595	423
Privatne zdravstvene ustanove	54,943	0	0	54,943	...	51,170	3,773
Ustanove u inostranstvu 4/	1,102	1,102	226	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Apoteke	127,924	38,170	38,170	89,754	88,497	...	1,257
Državne	40,798	30,262	30,262	10,536	10,536	...	0
Privatne	87,126	7,908	7,908	79,218	77,961	...	1,257
Total	380,063	220,688	207,257	159,375	93,157	60,765	5,453
					učešće		
Državne zdravstvene ustanove	100	92.5	86.1	7.5	2.4	4.9	0.2
Privatne zdravstvene ustanove	100	0.0	0.0	100.0		93.1	6.9
Ustanove u inostranstvu 4/	100	100.0	20.5				
Apoteke 5/	100	29.8	29.8	70.2	69.2		1.0
Državne	100	74.2	74.2	25.8	25.8		0.0
Privatne	100	9.1	9.1	90.9	89.5		1.4
Total	100	58.1	54.5	41.9	24.5	16.0	1.4

1/ U finansiranje RFZO-a ulaze i subvencije koje RFZO dobija iz budžeta. Razlika između ukupnih javnih izvora i onoga što finansira RFZO sastoji se od republičkih, pokrajinskih i opštinskih posebnih programa, i od fondova Ministarstva odbrane.

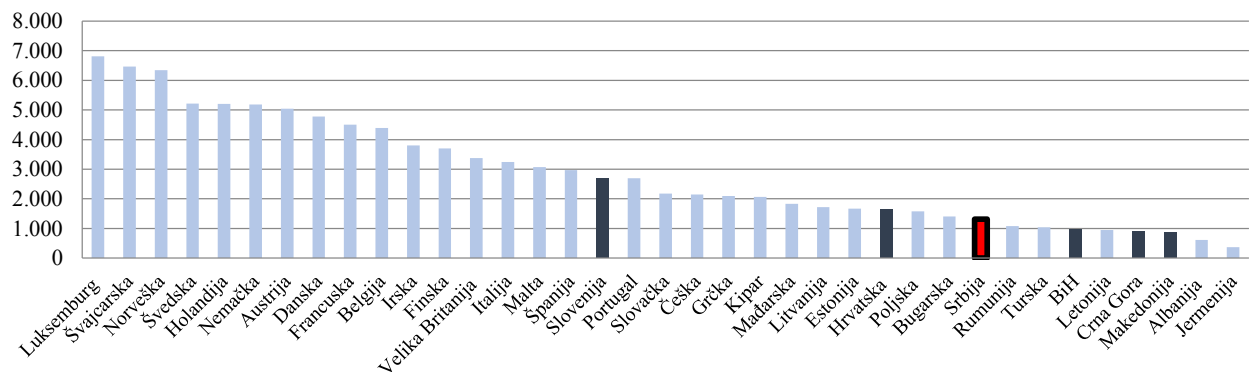
2/ Participacija se odnosi samo na zdravstvene usluge. Kod lekova nije neposredno moguće izdvojiti participaciju od drugih troškova iz džepa.

3/ Donacije se odnosi na privatne donacije državnim institucijama (prvi red). Ostali iznosi se odnose na privatno osiguranje.

4/ Nije jasno zašto nema unosa kod privatnog osiguranja. Postoji privatno putno osiguranje koje nesumnjivo isplaćuje kompenzacije inostranim ustanovama.

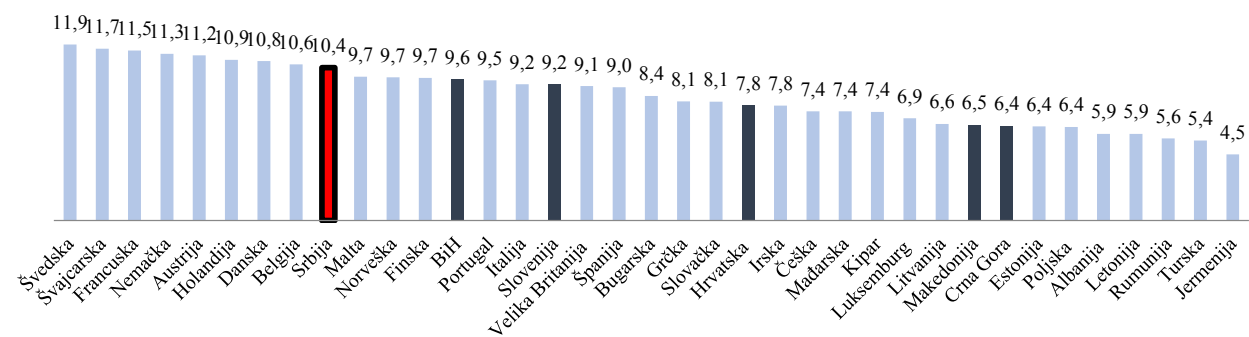
5/ U NZR ukupni troškovi apoteka koriste se kao aproksimacija ukupnih troškova na lekove. Ovo može biti precenjivanje ukoliko se ne odbijaju troškovi kozmetike i drugih nemedicinskih preparata, a potcenjivanje ukoliko se statistika troškova na lekove pacijentima koji leže u ZU ne vode kroz apoteku u ZU.

Grafikon 22 - Ukupni izdaci za zdravstvo po glavi stanovnika izraženi u paritetima kupovne moći, 2014



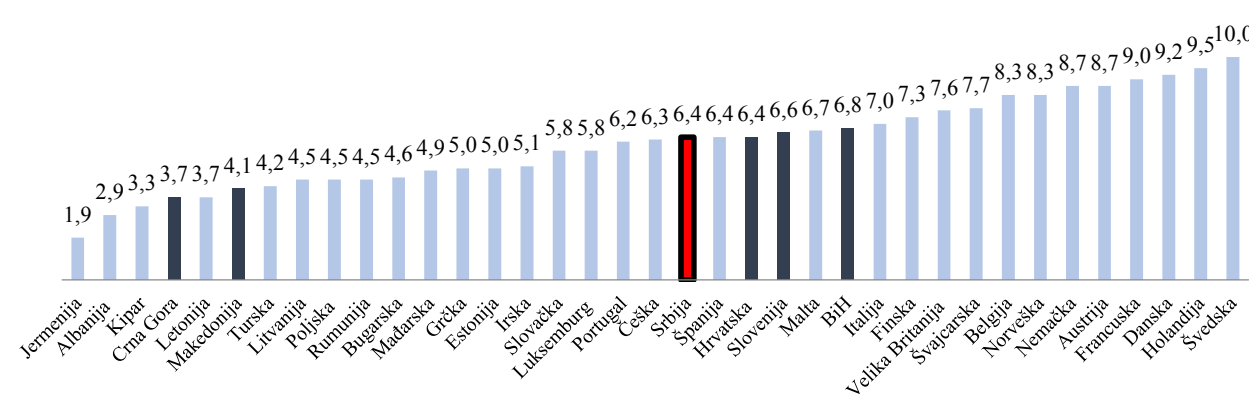
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 23 - Ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu izraženi u % bruto domaćeg proizvoda BDP, 2014



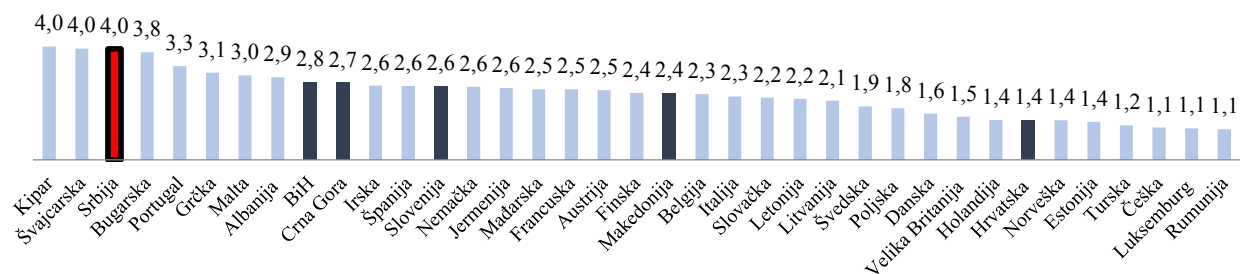
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 24 - Javni rashodi za zdravstvenu zaštitu izraženi u % bruto domaćeg proizvoda BDP, 2014



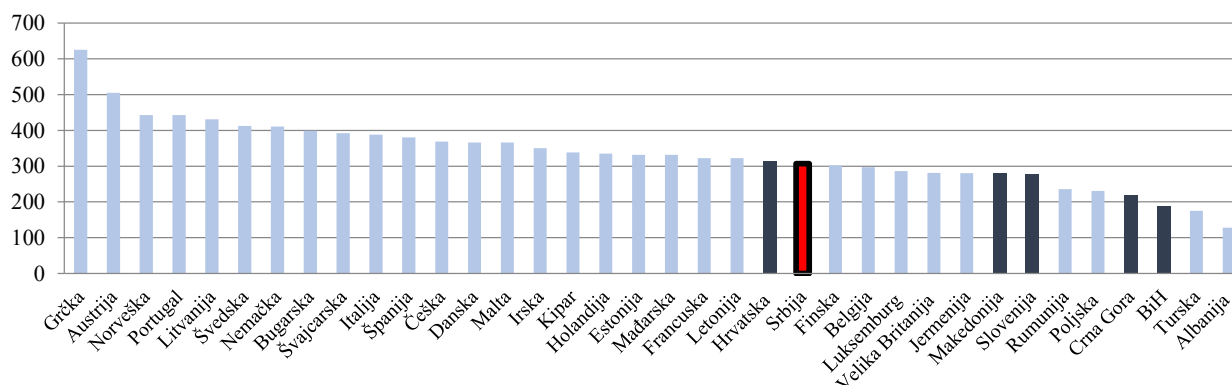
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 25 - Privatni rashodi za zdravstvenu zaštitu izraženi u % bruto domaćeg proizvoda BDP, 2014



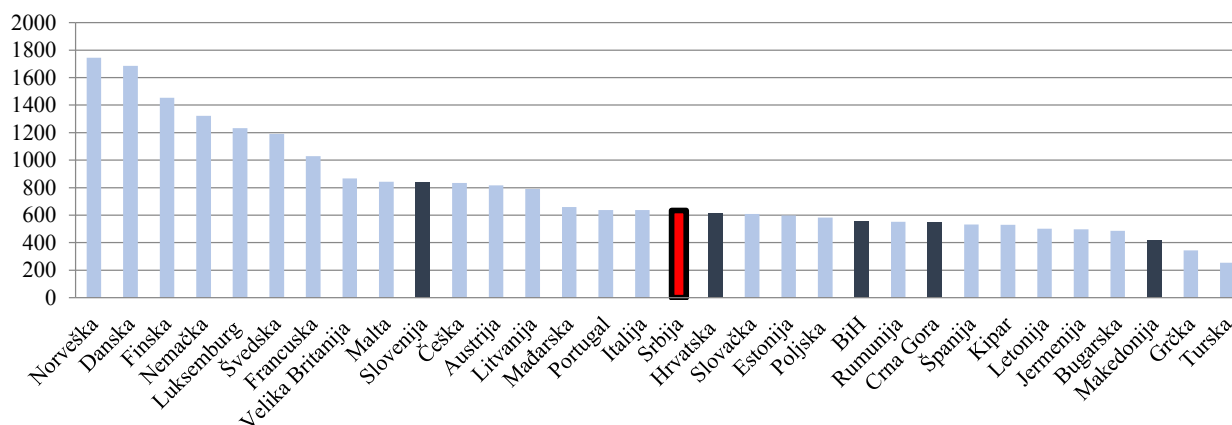
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 26 - Broj lekara na 100 000 stanovnika, 2014



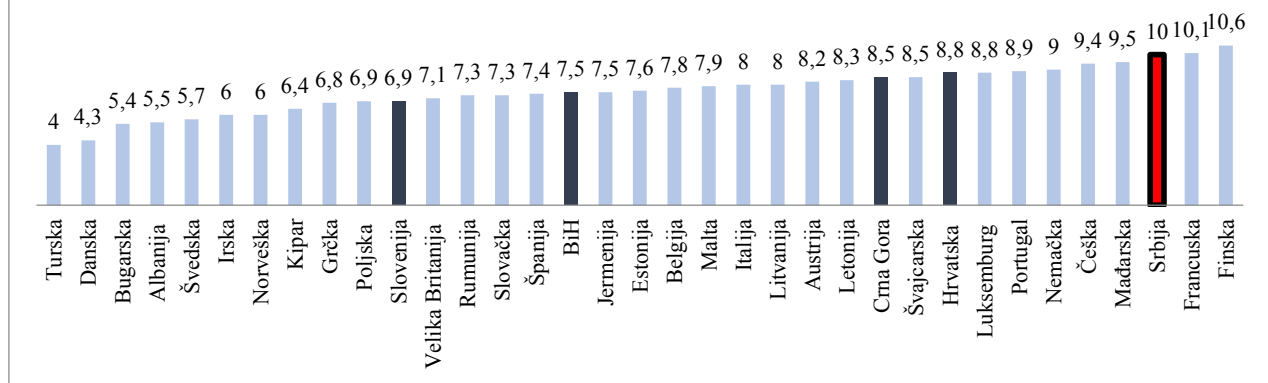
Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 27 - Broj sestara na 100 000 stanovnika, 2014



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

Grafikon 28 - Prosečna dužina hospitalizacije u danima, 2014



Izvor: Svetska zdravstvena organizacija, European Health for All Database. Dostupno na: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

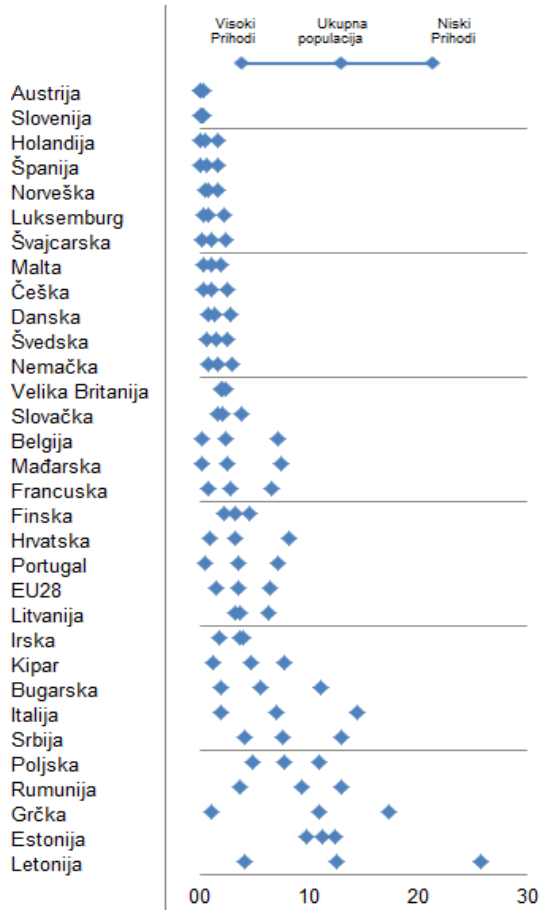
Tabela 6 – Opterećenost lekara specijalista (pedijatar i ginekologa) prema teritorijalnoj raspoređenosti

Okrug	Broj dece po lekaru u ZZ predškolske dece u 2014. godini ⁶⁴	Godišnji broj ukupnih poseta po lekaru 2014. (preventivnih i kurativnih)	Broj žena po lekaru u ZZ žena u 2014. godini ⁶⁵	Godišnji broj poseta po lekaru u ZZ žena u 2014. godini
Severnoboački	757	5243	7488	5699
Srednjobanatski	755	5429	6742	3685
Severnobanatski	675	6115	5777	3840
Južnobanatski okrug	923	6911	6311	6164
Zapadnoabački	791	6819	9047	6125
Južnoabački okrug	847	7119	6356	6159
Sremski okrug	720	8182	4996	5128
Vojvodina	799	6827	6336	5495
Grad Beograd	742	7177	6656	5694
Mačvanski okrug	718	6431	5746	4358
Kolubarski okrug	612	4900	7471	5282
Podunavski okrug	578	6076	5661	5724
Braničevski okrug	467	4501	5305	3859
Šumadijski okrug	685	7423	5328	5886
Pomoravski okrug	484	4965	4469	4186
Borski okrug	795	7710	6013	4047
Zaječarski okrug	719	6574	10489	5433
Zlatiborski okrug	638	5443	5522	4928
Moravički okrug	564	6297	5747	4883
Raški okrug	802	6061	5785	3583
Rasinski okrug	605	6832	5481	5240
Nišavski okrug	643	7207	6314	6661
Toplički okrug	529	6891	4727	4794
Pirotski okrug	498	5888	4319	4229
Jablanički okrug	498	6529	5028	6156
Pčinjski okrug	393	4655	3978	4251
Centralna Srbija	641	6400	5331	4723
Republika Srbija	677	6497	5557	4895

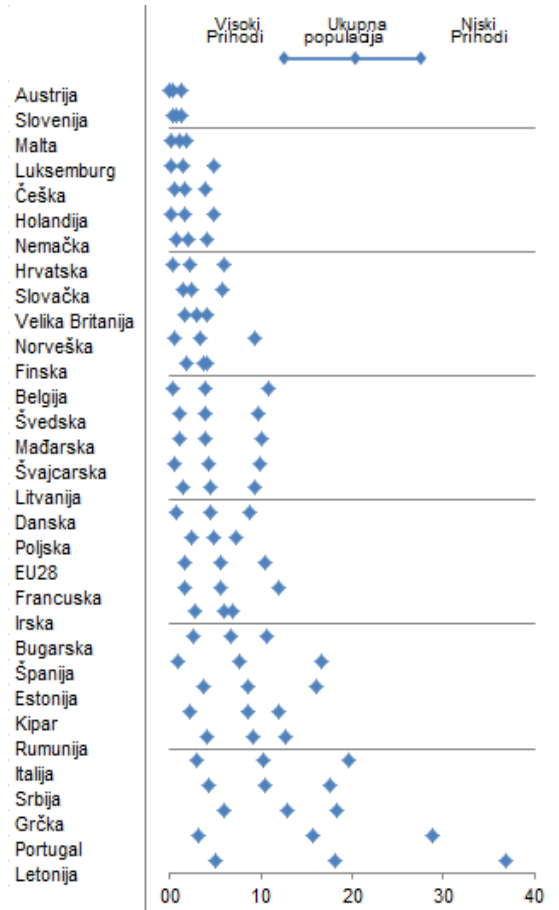
⁶⁴ Prosečan broj dece uzrasta 0-6 godina na jednog lekara.

⁶⁵ Prosečan broj žena na 1 ginekologa

Grafikon 29a

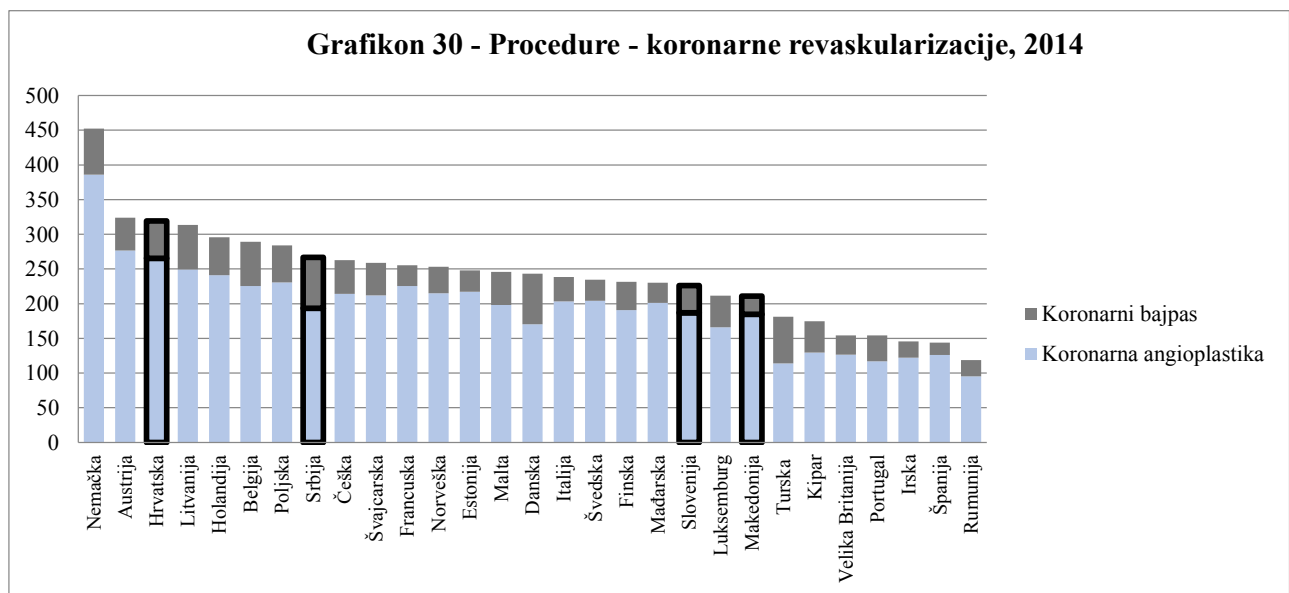


Grafikon 29b



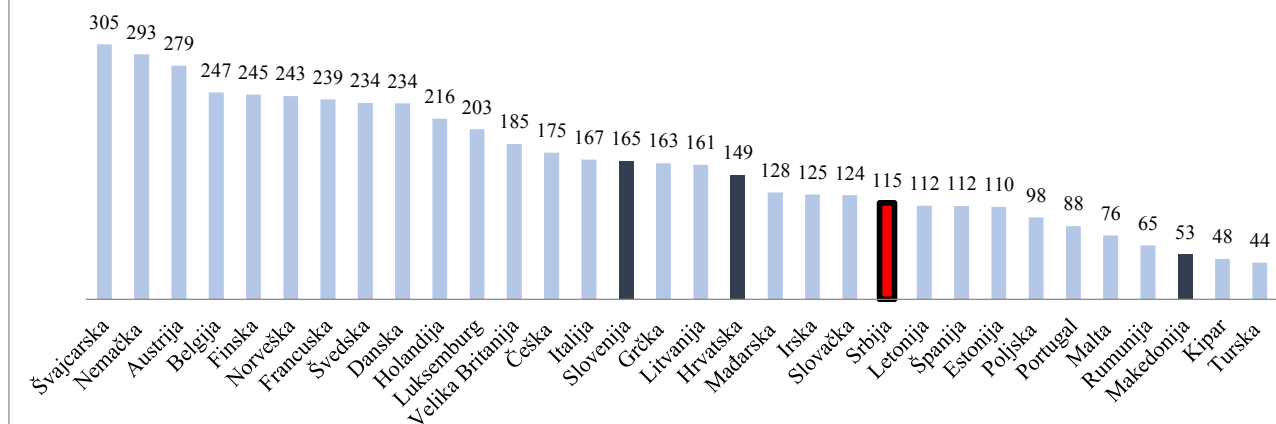
Izvor: Eurostat. dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 30 - Procedure - koronarne revaskularizacije, 2014



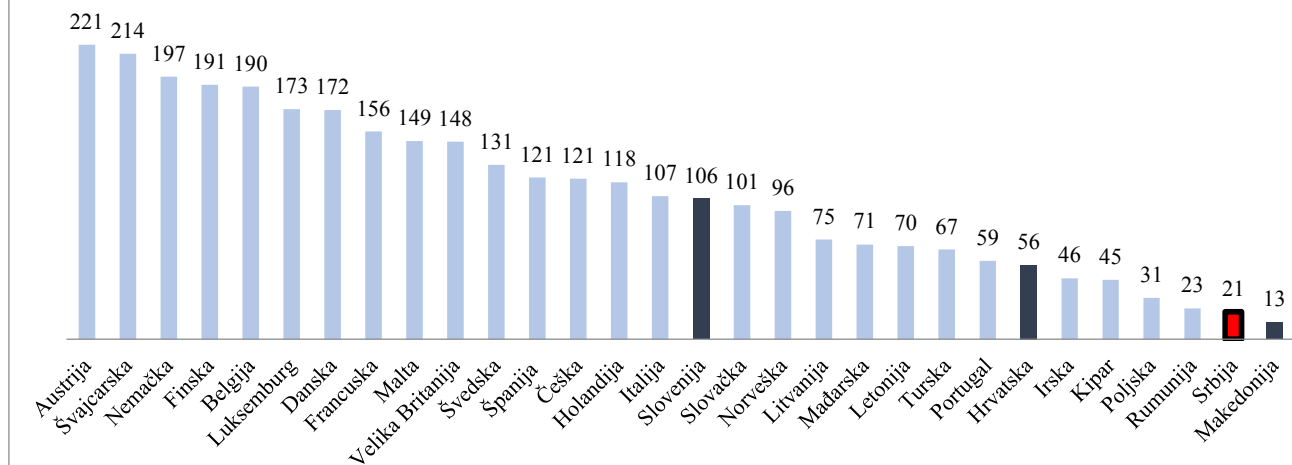
Izvor: Eurostat. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 31 - Operacije zamene kuka, 2014



Izvor: Eurostat. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

Grafikon 32 - Operacije zamene kolena, 2014



Izvor: Eurostat. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat>

8. Zaključna razmatranja i odabir paketa indikatora

U ovom poglavlju analiziramo nalaze predstavljene na prethodnim stranama i identifikujemo paket indikatora koji neposredno, na osnovu raspoloživih podataka, može da posluži javnosti Srbije da na jednostavan i lako tumačiv način, prilagođeno potrebama Srbije, prati kvalitet zdravlja u Srbiji (zdravstvenog stanja građana i kvaliteta rada sistema). Predlažemo i niz unapređenja u sistemu proizvodnje pokazatelja o kvalitetu zdravstvene zaštite, kako za kraći tako i za duži rok, kojim bi se značajno unapredila informativna vrednost pokazatelja koje Batut proizvodi, i pozivamo javnost na dijalog o unapređenju zdravstvenog sistema Srbije.

Ishodni indikatori kao što su OTŽ i GIŽ, ali i smrtnost majki i dece, ukazuju na slabije zdravlje građana Srbije od očekivanog na osnovu nivoa društveno-ekonomskog razvoja, geografskog položaja i nasleđa koje čine relativno razvijeni zdravstveni sistemi i visok nivo medicinskih znanja u Srbiji. Neočekivano je da u odnosu na sve bivše jugoslovenske zemlje, Srbija ima najslabiju performansu po većini pokazatelja. To je iznenađujuće naročito u odnosu na BiH, Makedoniju i Crnu Goru, tri zemlje koje su po svom društveno-ekonomskom razvoju, i po razvijenosti medicine, nesumnjivo iza Srbije.⁶⁶ U prilog tome da postoji niži stepen društveno-ekonomskog razvoja koji negativno deluje na zdravlje, moglo bi da govori na primer, to da je u Makedoniji i Crnoj Gori relativno mala prednost koju žene imaju po OTŽ-u u odnosu na muškarce, pogotovo jer su im po smrtnosti od specifično ženskih uzroka (maternalna smrtnost, rak grlića materice i dojke) performanse bolje nego kod Srbije.

Verovatno je da u lošoj performansi Srbije ulogu igraju, bar u nekoj meri, sporo promenljivi negativni faktori okruženja, iako neposredno izmereni faktori rizika ne ukazuju na tako velike razlike u životnim stilovima između ovih zemalja i Srbije (sa izuzetkom izrazito niskog nivoa fizičke aktivnosti građana Srbije). Zanimljivo je da sa ove tri zemlje Srbija deli nisku stopu konzumiranja alkohola i izuzetno dobru performansu kod smrtnosti od oboljenja povezanih sa alkoholizmom i zloupotrebom droga. Međutim, faktori rizika se teško mere, i ovo pitanje može i treba da bude predmet dubljih istraživanja i dijaloga.

Ne možemo se oteti utisku da se u Srbiji stiču dva tipa negativnih faktora. S jedne strane, Srbija je jedna od demografski najstarijih nacija u Evropi, i kao takva ne samo da više pati od oboljenja koje prate starija društva - taj se efekat otklanja normalizacijom⁶⁷, već je moguće da su razlozi vezani za starenje povezani i sa povećanim obolevanjem od bolesti kao što su kardiovaskularna oboljenja i rak, u kojima Srbija nesumnjivo prednjači.⁶⁸ S druge strane, društveno-ekonomski razvoj nije u skladu sa tom preteranom starosti društva, pa su prisutni i faktori koji prate taj niži razvoj – manje obrazovano i informisano stanovništvo i sl. U prilog tezi o naročito nesrećnom sklopu okolnosti govore pokazatelji o stopama *ispravljive smrtnosti*, prema kojima je performansa Srbije ipak dosta bolja kad se podaci o smrtnosti usredsrede na sprečive uzroke (i koji, nažalost, nisu izračunati za BiH i Makedoniju).

Ipak, nesumnjivo je da postoji značajan jaz u kvalitetu zdravstvene zaštite/usluge koji zdravstveni sistem Srbije pruža svojim korisnicima i onoga što bi bilo moguće sa medicinskim znanjem i resursima koji se ulažu. To se očitava u visokoj smrtnosti majki, dece, kao i u visokim stopama smrtnosti od relativno lako sprečivih bolesti – raka dojke i grlića materice, kao i dijabetesa. Činjenica je i da Srbija naročito izrazito pati

⁶⁶ Ne isključujemo mogućnost da su u pitanju problematični podaci u BiH i Makedoniji. Na primer u Albaniji je statistička dužina OTŽ iznenađujuće dugačka, što SZO objašnjava pod-izveštavanjem slučajeva smrti – ali smatramo da je to malo verovatno.

⁶⁷ Neposredno dejstvo razlike u starosnoj piramidi na smrtnost otklanja se, naravno, prilikom poređenja, ali postavlja se pitanje prethodnih uzroka zbog kojih je Srbija uopšte toliko „stara“.

⁶⁸ Prema istraživanju „Euro Health Consumer Index 2016,“ i indikatora o stopi preživljavanja i smrtnosti, oboljevanje od raka u BiH najniže je u Evropi, i iako je stopa preživljavanja relativno niska, u ukupnom to daje nižu smrtnost od svih oblika raka u BiH u odnosu na Srbiju.

od oboljenja u kojima se i druge bivše jugoslovenske zemlje ističu: cerebrovaskularna oboljenja i dijabetes – dva oboljenja na čiju se incidenciju i smrtnost svakako može značajno uticati merama javne politike.

Nažalost, raspoloživi pokazatelji kvaliteta zdravstvene zaštite ne omogućavaju nam njegovo neposredno i pouzdanije ocenjivanje. Uglavnom moramo se oslanjati na već pomenute pokazatelje o smrtnosti, iako postoji čitav niz relativno lako izračunljivih pokazatelja pomoću kojih bi problemi mogli mnogo pouzdanije da se razlučuju.

Smatramo da je za taj jaz pre svega odgovoran nedovoljan opšti kapacitet funkcionisanja zdravstvenog sistema koji se, mereno ishodima, posle naglih narušavanja tokom 1990-tih, nikad nije u potpunosti oporavio.

Ovaj oslabljeni kapacitet funkcionisanja sistema vidimo na nivou upravljanja zdravstvenim sistemom, mada bi ciljana istraživanja sigurno pokazala i probleme na operativnom nivou, u funkcionisanju pojedinačnih ustanova i postupanju osoblja. Posle urušavanja 1990-tih godina, zdravstvo nije sistematično prilagođeno niti znatnom sužavanju budžetskih mogućnosti Srbije, niti ekonomskoj tranziciji. Nisu jasno definisana pravila po kojima bi državni i privatni sektor funkcionisali odvojeno, celovito i sinergetski i nisu uspostavljeni, ili su narušeni, upravni mehanizmi koji bi obezbedili da se usvojena pravila u praksi poštuju. Ne postoji sistematična prioritizacija u upotrebi resursa u državnom sektoru, i njihova alokacija ne uzima u obzir razvoj privatnog sektora. Ograničena javna sredstva tanko su razapeta na održavanje predimenzioniranog sistema, tako da njegovi delovi u celini postižu manje efekte nego što bi uz odgovarajuća ulaganja u manji broj bolje opremljenih, operativnijih, ustanova sa jasnijom namenom.

Da ovakav sistem ne ispunjava opredeljenje da se građanima obezbedi univerzalna zdravstvena zaštita vidi se iz činjenice da ih čak 7 posto izjavljuje da ima nezadovoljene zdravstvene potrebe usled nemanja vremena, pristupa ili sredstava da obezbedi negu i da je među tim stanovnicima procenat onih sa najnižim primanjima 3 puta veći nego među onima sa najvišim primanjima.

Da se zdravstvenim sistemom ne upravlja ciljano i sveobuhvatno jasno je već iz činjenica da ne postoje praktični strateški dokumenti koji bi dali smer upravljanju zdravstvenim sistemom, i da se ne prate podaci o celini sektora. Štaviše, informativni sadržaj podataka o kvalitetu zdravstvene zaštite slabo je upotrebljiv i za praćenje samog državnog sektora. Pored podataka koji se uobičajeno smatraju indikatorima kvaliteta sistema (o smrtnosti od sprečivih bolesti, i o smanjenom i neujednačenom obuhvatu stanovništva vakcinama) smatramo da o problemima u upravljanju sistemom govore podaci o visokoj stopi plaćanja iz džepa za zdravstvenu zaštitu, o neujednačenom teritorijalnom rasporedu resursa (mereno brojem lekara po stanovniku odgovarajućeg uzrasta), kao i o nejednakoj dostupnosti zdravstvene zaštite.

Imajući u vidu ove ocene, i činjenicu da je broj dovoljno kvalitetnih pokazatelja kojima trenutno raspolažemo ograničen, opredeljujemo se za paket indikatora koji će na vrlo jednostavan način ocenjivati opšte napredovanje sistema, oslanjajući se na samo tri razumljiva krovna indikatora, i posebno ocenjivati aspekte sistema (faktore rizika, kvalitet zaštite, i racionalnu upotrebu sredstava) kroz tri dopunska kvantitativna kompozitna indikatora (Videti Tabelu 7). Smatramo da nema potrebe da se ove 4 ocene svode na jednu veličinu (na primer, ocenjivanjem različitih dimenzija pa njihovim ponderisanjem i sabiranjem), kao što se čini kad se porede različiti zdravstveni sistemi. Naš cilj je da javnosti pružimo instrument za praćenje jednog sistema, srpskog, iz godine u godinu, kao i podsticaj za dijalog o njegovim različitim aspektima.

Na prvom nivou nalazi se **opšta ocena napretka** zdravlja na osnovu tri krovna indikatora pomoću kojih se ocenjuje da li je napredak dobar, zadovoljavajući ili nezadovoljavajući. Sva tri indikatora moraju biti

zadovoljavajuća da bi napredak bio ocenjen kao zadovoljavajući i bar dva moraju biti dobra a treći bar zadovoljavajući, da bi ukupno zdravlje bilo ocenjeno kao dobro. Tri krovna indikatora su:

- (1) **Porast OTŽ-a** iz godine u godinu – mora biti veći od porasta kod EU28 zemalja (zadovoljavajući), a ukoliko je on veći od porasta proseka zemalja novih članica EU, ocena je *dobar*. Ovakva ocena mora da važi i posebno za **OTŽ žena**. Ocena za ukupni indikator jednaka je nižoj performansi od ova dva.
- (2) **Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom** – procenat ispitanika koji izjavljuju da imaju nezadovoljene zdravstvene potrebe mora da se smanjuje da bi javne politike bile ocenjene kao minimalno zadovoljavajuće, a ukoliko je to smanjenje brže od smanjenja kod drugih evropskih zemalja čija se performansa u tom pogledu popravlja, onda se politike mogu oceniti kao dobre.
- (3) **Izdvajanja za zdravlje iz džepa** - udeo u BDP-u ne sme se povećavati (zadovoljavajuće), a ukoliko se realna vrednost plaćanja smanjuje, politike se mogu smatrati dobrim.

Kod prva dva indikatora napredak se poredi sa evropskim zemljama zbog toga što se Srbija nalazi u istom okruženju kao one, zahvaljujući kojem može da se očekuje napredovanje u indikatoru i bez subjektivnog napora i poboljšanja u vođenju srpskih politika.

Pored opšte ocene napretka sistema koja se dobija na osnovu ova tri pokazatelja, **posebno treba da se ocenjuje napredak u njegovim najproblematičnijim činiocima**; ne uključujemo sve pokazatelje razmatrane na prethodnim stranama, kako bi se podsticala relevantna diskusija:

- (1) U **korpu indikatora o rizicima** ulaze procenat aktivnih pušača, fizički neaktivnog stanovništva i obolelih od povišenog krvnog pritiska, kao i procentualno smanjenje zagađenosti vazduha. Sumarni indikator rizika prosti je prosek ovih indikatora pri čemu smatramo da zagađenost vazduha deluje na 100% stanovnika.
- (2) U **korpu indikatora o kvalitetu zaštite** ulaze dve podgrupe indikatora. Jedna se sastoji od korigovanog smanjenja broja GIŽ usled maternalne smrtnosti, smrtnosti dece ispod 5 godina, moždanog udara, dijabetesa, raka grlića materice i raka dojke. Za svaki od ovih uzroka smrti indikator se izračunava kao razlika između broja GIŽ u tekućoj godini i broja GIŽ u prethodnoj godini, s tim što je broj GIŽ-a u tekućoj godini korigovan tako da je indikator pozitivan samo ako je Srbija napredovala brže od EU28. To je nizak standard s obzirom na značajan prostor za smanjenje smrtnosti u ovim bolestima koje Srbija ima⁶⁹. Druga podgrupa sastoji se od udela dece koja nisu vakcinisana protiv DPT-a, udela dece koja nisu vakcinisana od malih boginja, i udela kasno-dijagnostifikovanog HIV-a u ukupnom. Sumarni indikatori za ove dve podgrupe dobijaju se prostim zbirom indikatora, i ne sabiru se u jedan.
- (3) Konačno, **korpa indikatora o racionalnoj alokaciji resursa** sastoji se od dužine bolničkog lečenja i koeficijenta varijacije u broju pedijataru na populaciju predškolske dece i u broju ginekologa na populaciju žena starijih od 15 godina. Kompozitni indikator dobija se ponderisanjem smanjenja svakog od indikatora grubo procenjenim efektom koji on može imati na troškove u sistemu.

⁶⁹ Korekcija u tekućoj godini vrši se tako što se GIŽ u tekućoj godini umanjuje za procenat smanjenja GIŽ od tog uzroka u EU28 u istoj godini. Posmatranje razlika u GIŽ umesto nivoa ima i tu prednost što donekle umanjuje disproporciju u efektima ovih uzroka smrtnosti. To je i razlog što smo se opredelili za GIŽ umesto za smrtnost – GIŽ ublažava dominaciju smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti nad ostalima, jer se od ostalih umire u mlađem dobu.

Ovaj paket pokazatelja smatramo šturim – on je sredstvo da se praćenje zdravlja i dijalog o istom tek pokrenu.

Tabela 7 - Ocenjivanje opšteg napredovanja zdravstvenog sistema Srbije

Ocena	Krovni indikatori					
	1. Povećanje u očekivanom trajanju života		2. Smanjenje % korisnika sa nezadovoljenim medicinskim potrebama		3. Realan rast u izdvajanju iz "džepa građana"	
	<i>EU28</i>	<i>NČEU</i>	<i>0</i>	<i>Prosek zemalja sa smanjenjem</i>	<i>Realan rast BDP</i>	<i>0</i>
Dobro		>		>		≤
Zadovoljava	>		>		≤	
Ne zadovoljava	≤		≤		>	
UKUPNA OCENA:						
Ne zadovoljava: jedan ili više indikatora ne zadovoljavaju; Zadovoljava: svi indikatori zadovoljavaju, ili više; Dobar: bar dva indikatora dobar.						
Korpa rizika	Korpa procesa				Korpa resursa	
Sumarni indikator*	Sumarni indikator**		Sumarni indikator***		Sumarni indikator****	
Udeo stanovnika izloženih riziku	Zbir godina izgubljenog života		Udeo stanovnika		Ušteda u imputiranim troškovima	

* % aktivnih pušača; % fizički neaktivnog stanovništva; % obolelih od povišenog krvnog pritiska; % smanjenje zagađenosti vazduha.

** GIŽ smrtnost majki; GIŽ smrtnost dece ispod 5 godina; GIŽ smrtnost od moždanog udara; GIŽ smrtnost od raka grlića materice i raka dojke.

*** % vakcinacije dece protiv DPT; % vakcinacije dece protiv malih boginja; % kasno- dijagnostifikovanih od HIV-a.

**** Dužina bolničkog lečenja; Koeficijenta varijacije u broju pedijatara na 1000 predškolske dece; Koeficijent varijacije u broju ginekologa na 1000 žena

Preporučujemo donosiocima odluka u Ministarstvu zdravlja i Batutu da:

● u **kratkom roku** obogate izbor lako dostupnih pokazatelja tako što bi počeli izračunavanje i objavljivanje sledećih pokazatelja:

- Stopa hospitalizacija bar za dijabetes, a može i za COPD i hroničnu srčanu insuficijenciju
- Procena ukupne potrošnje antibiotika ili lekova uopšte
- Broj urađenih PAPA testova na 10 000 reproduktivno aktivnih žena
- Broj urađenih mamografija na 10 000 žena
- Ukupan broj MRI i CT aparata u državom i privatnom sektoru na milion stanovnika, kao i broj obavljenih pregleda u svakom od sektora
- Stopa preživljavanja određenih oboljenja
- Broj zaposlenih lekara po specijalističkom profilu kao i svih standarda i normativa na osnovu kojih (treba da) se donose odluke o alokaciji resursa

● u **nešto dužem roku**, značajno unaprede podatke o kvalitetu zdravlja u Srbiji tako što:

- prošire obuhvat na privatni sektor;
- ovlaste i osposobe Batut da radi korekcije/procene onda kad je jasno da izveštajni podaci ne odražavaju ciljanu veličinu, kao i da promene način saradnje/opštenja između instituta za javno zdravlje i zdravstvenih ustanova kako bi se one motivisale i osposobile da redovno dostavljaju kvalitetnije podatke;
- značajno suze skup traženih podataka, a njihovo izračunavanje pojednostavi.

Takođe, **pozivamo** stručnu i širu javnost, zainteresovane strane i donosiocima odluka u Srbiji da se uključe u dijalog o:

- Praktičnoj strategiji za unapređenje kvaliteta zdravlja stanovništva, koja mora biti konkretna, i prioritizovana na osnovu odgovarajućih finansijskih procena.
- Paketu mera („plan reforme“) kojim bi se jasno odvojile funkcije, svrha i granice privatnog i državnog zdravstvenog sistema.

Literatura

Analiza ispitivanja zadovoljstva zaposlenih u državnim zdravstvenim ustanovama Republike Srbije 2015. godine, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2016.

Analiza rada stacionarnih zdravstvenih ustanova i korišćenje bolničke zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2016.

Analiza rada vanbolničkih zdravstvenih ustanova i korišćenje primarne zdravstvene zaštite u Republici Srbiji u 2014, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2015.

Analiza zadovoljstva korisnika zdravstvenom zaštitom u državnim zdravstvenim ustanovama Republike Srbije 2015. godine, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2016.

Bilten - Analiza finansijskih izveštaja zdravstvenih ustanova Srbije za period 01.01 - 31.12.2015, Komora zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd, 2016.

Bjegovic-Mikanovic V, Santric J. The Strategic and Legal Framework for Mother and Child Health in an Accession Country, the Republic of Serbia. *Medical Law* 2016; 1(17): 11-24. UDK: 346.548(497.11) Available at: http://medicallaw.org.ua/fileadmin/user_upload/texts/17_Bgekovich.pdf (accessed May 03, 2016).

Bjegovic-Mikanovic V. Governance and management of health care institutions in Serbia: An overview of recent developments. Review article. *SEEJPH* 2016. posted: 17 February 2016. DOI 10.4119/UNIBI/SEEJPH-2016-94

Bjegović-Mikanović V, Šantrić J, Overall J, eds. *Human Rights in Patient Care: A Practitioner Guide*. Serbia. Belgrade: Faculty of Medicine Belgrade University 2015. 416 pages. <http://cop.health-rights.org/PractitionerGuides> (accessed April 25, 2016)

Bjegovic-Mikanovic V, McGuinn J, Petrovic D. Public Health Situation in Serbia, In: *Food Safety and Public Health Situation in Serbia*. Brussels: Policy Department, Economic and Scientific Policy, European Parliament 2013. 37-68. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/507487/IPOL-ENVI_NT\(2013\)507487_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/507487/IPOL-ENVI_NT(2013)507487_EN.pdf)

Budžet Ministarstva zdravlja 2016, ???, Republika Srbija Ministarstvo zdravlja

Commission Staff Working Document, Serbia 2016 Report, European Commission, Brussels, 2016.

EHR Izveštaji, uopšteno, EU-IHIS, Beograd, 2015.

Euro Health Consumer Index 2015, Health Consumer Powerhouse Ltd, Marseillan, 2017.

Euro Health Consumer Index 2016, Health Consumer Powerhouse Ltd, Marseillan, 2017.

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2010. godinu, 2009. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispravka

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2011. godinu, 2010. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispravka

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2012. godinu, 2011. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispravka i 57/11

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2013. godinu, 2012. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispravka i 57/11

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2014. godinu, 2013. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispravka i 57/11, 110/12 - odluka US i 119/12

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2015. godinu, 2014. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispravka i 57/11, 110/12 - US i 119/12, 99/14, 123/14 i 126/14 - US

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2016. godinu, 2015. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispr. 57/11, 110/12 - odluka US i 119/12, 99/14, 123/14 i 126/14 - odluka US i Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 54/09, 73/10, 101/10, 101/11, 93/12, 62/13, 63/13 - ispr., 108/13, 142/14 i 68/15 - dr. zakon

Finansijski plan Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2017. godinu, 2016. Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05 i 109/05 - ispr. 57/11, 110/12 - odluka US i 119/12, 99/14, 123/14 i 126/14 - odluka US, 106/15 i 10/16 - dr. zakon i Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 54/09, 73/10, 101/10, 101/11, 93/12, 62/13, 63/13 - ispr., 108/13, 142/14, 68/15 - dr. zakon i 103/15

Gajić-Stevanović, Milena, Svrsishodnost i potreba razvoja sistema NZR analiza kretanja rashoda za zdravstvenu zaštitu, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2011.

Gajić-Stevanović, Milena, Analiza zdravstvenog sistema i potrošnje za zdravstvenu zaštitu na nacionalnom nivou u periodu od 2003. do 2014. godine, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2014.

GBD 2015 Cause List, Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, 2015.

GBD 2015 Risk List, Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, 2015.

Global Reference List of 100 Core Health Indicators, World Health Organization, Geneva, 2015.

Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2015.

Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2016.

Health Care System and Spending in Serbia, CEVES, Beograd, 2014.

Hornby P, Forte P, Human Resource Indicators and Health Service Performance, Centre for Health Planning and Management, Keele University, Keele, ???.

Informator o radu Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije, Beograd, 2016.

Istraživanje o zdravstvenoj zaštiti na lokalnom nivou, NALED, Beograd, 2015.

Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije 2013. godine, izveštaj, Ipsos Strategic Marketing, Beograd, 2014.

Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2010. godinu, RFZO, Beograd, 2011.

Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2011. godinu, RFZO, Beograd, 2012.

Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2012. godinu, RFZO, Beograd, 2013.

Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2013. godinu, RFZO, Beograd, 2014.

Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2014. godinu, RFZO, Beograd, 2015.

Izveštaj o finansijskom poslovanju Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2015. godinu, RFZO, Beograd, 2016.

Izveštaj o radu Zdravstvenog saveta Srbije u 2016. godini, Zdravstveni savet Srbije, Beograd, 2016.

Izveštaj o reviziji završnog računa i godišnjeg konsolidovanog finansijskog izveštaja Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2014. godinu i pravilnosti poslovanja, Državna revizorska institucija, Beograd, 2015.

Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2013. godini, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2014.

Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2014. godini, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2015.

Izveštaj o unapređenju kvaliteta rada u zdravstvenim ustanovama Republike Srbije u 2015. godini, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2016.

Izvori finansiranja zdravstvenih ustanova, Pravni skener, Beograd, 2015.

Jovanović S, Jovović S, Mandić J, Milovanović S, Sistemi zdravstvene zaštite, Engrami, vol. 37 , br. 1, str. 75-82, januar-mart 2015, Klinika za psihijatriju Kliničkog centra Srbije i Udruženje psihijatara Srbije, Beograd

Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Health and health status of children in Serbia and the desired Millennium Development Goals (Original research). SEEJPH 2015; DOI: 10.12908/SEEJPH-2014-47. <http://www.seejph.com/health-and-health-status-of-children-in-serbia-and-the-desired-millennium-development-goals/#more-1411>

Ključne ekonomske i organizacione pretpostavke unapređenja kvaliteta javnih usluga, sa naročitim osvrtom na obrazovanje, zdravstvo i pravosuđe

Kvalitet zdravstvene usluge, SIMORG Međunarodni Simpozijum, 2002.

Measuring Effectiveness of Institutions in Serbia in a Post 2015 SDG Context, Fond za otvoreno društvo, Beograd,

Modernising the Serbian Health System: The Need for a Reliable Decision-making Compass, The Economist Intelligence Unit Limited 2016, London, 2016.

Mogući pravci povećanja efikasnosti zdravstvenog sistema u Republici Srbiji, EYGM Limited, Beograd, 2016.

Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies, World Health Organization, Geneva, 2010.

Nacionalni zdravstveni računi, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd,

Obrazloženje finansijskog plana Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2014. godinu,

Odluka o izmenama finansijskog plana Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje za 2016. godinu, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/05, 109/05 - ispr., 57/11, 110/12 - odluka US, 119/12, 99/14, 123/14, 126/14 - odluka US, 106/15 i 10/16 - dr. zakon

Odluka o planu razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 88/2010

Pravilnik o proveri kvaliteta stručnog rada zdravstvenih ustanova, privatne prakse, zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 35/2011

Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2015. godinu, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 1/2015

Pravilnik o uslovima i načinu unutrašnje organizacije zdravstvenih ustanova, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 43/2006 i 126/2014

Pregled rezultata različitih analiza koje prate izradu Programa racionalizacije za sektor zdravstvene zaštite, Benchmarking zdravstvo 20.04.2015.

Protocol for the Global Burden of Disease, Injuries, and Risk Factors Study (GBD), Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, 2015.

Report on Benchmarking the Staffing Levels of the Health Care Sub-system, Beograd, 2015.

Republika Srbija Odabrani zdravstveni pokazatelji za 2010. godinu, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2011.

Rethinking Development and Health Findings from the Global Burden of Disease Study, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, 2016.

Stevanson GA, Black RE, Boerma JT, Collins GS, Ezzati M, et al., Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting: The GATHER Statement, PLOS Med 13(6), World Health Organization, Geneva, 2016.

Strategija za stalno unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenta, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 55/05, 75/05- ispravka, 101/07 i 65/08

Stručni skup "Zdravstvo za budućnost – reforme u službi pružanja javnih usluga po meri građana" - zaključci i preporuke

The Burden of Disease and Injury in Serbia, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Beograd, 2003.

The European Core Health Indicators (ECHI) shortlist of 88 health indicators identified by policy are, European Commission, Eurostat, WHO, OECD and co., Geneva, 2012.

The Global Burden of Disease Study 2010 GBD Profile: Serbia, Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, 2011.

Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014 i 92/2015

Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014 i 92/2015

World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, World Health Organization, Geneva, 2016.

Zakon o komorama zdravstvenih radnika, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/2005 i 99/2010

Zakon o zdravstvenoj dokumentaciji i evidencijama u oblasti zdravstva, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 123/2014

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/2005, 72/2009 - dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015

Zakon o zdravstvenom osiguranju, Službeni Glasnik RS, Beograd, br. 107/2005, 109/2005 - ispr., 57/2011, 110/2012 - odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - odluka US, 106/2015 i 10/2016 - dr. Zakon

Zdravstveno stanje i zdravstvene potrebe stanovništva Srbije, Palgo centar, Beograd, 2004.

Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2011.

Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2015, Institut za javno zdravlje "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2016.

Gay, J. et al, Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issue, OECD Health Working Papers, No.55, OECD Publishing, Paris, 2011.

„Moderna država – racionalna država. Koliko, kako i zašto“, Ministarstvo državne uprave i lokalne samouprave, Beograd, jun 2015

Linkovi

<http://data.worldbank.org/data-catalog/health-nutrition-and-population-statistics>

<http://indicators.healthpowerhouse.com/ehci2016-indicators/>

http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en

<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
<http://data.euro.who.int/hfad/>
<http://www.who.int/countries/srb/en/>
<http://www.healthdata.org/serbia>
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/en/>
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
http://www.batut.org.rs/download/zdravstveni_pokazatelji_rs_2014.html
<http://www.stat.gov.rs/WebSite/Public/PageView.aspx?pKey=2>